

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 mai 1895, à 1 heure

Par VITAL LAISNEY

Né à Crépy en Laonnois (Aisne), le 17 janvier 1867.

ÉTUDE

SUR LE

CANCER DU CŒUR

« *Hæret lateri lethalis arundo* »

(VIRGILE, *Enéide*).

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*.

Juges : MM. PROUST, *professeur*.

CHARRIN,

MENETRIER,

} *agregés*.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 mai 1895, à 1 heure

Par VITAL LAISNEY

Né à Crépy en Laonnois (Aisne), le 17 janvier 1867.

ÉTUDE

SUR LE

CANCER DU CŒUR

« *Hæret lateri lethalis arundo* »
(VIRGILE, *Enéide*).

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*.

Juges : MM. PROUST, *professeur*.

CHARRIN,
MENETRIER, } *agrégés*.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

306

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SOEURS ALINE ET MATHILDE

A TOUTE MA CHÈRE FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A M. LETULLE

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PRÉFACE

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir accomplir un devoir de reconnaissance envers les maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous offrons d'abord nos plus respectueux hommages à M. le Dr Letulle, médecin de l'hôpital St-Antoine, professeur agrégé de la Faculté de médecine, qui a bien voulu nous encourager de ses conseils dans l'élaboration de notre thèse et consacrer une partie de ses loisirs à la préparation des coupes microscopiques que nous avons mises sous les yeux du lecteur dans le courant de notre travail. Nous n'oublierons jamais l'aimable accueil qu'il nous a fait et toute la complaisance qu'il a témoignée à notre égard.

Nous avons conservé le meilleur souvenir des années que nous avons passées dans les services de MM. les professeurs Potain, Schwartz et Tillaux.

Que nos autres maîtres, en particulier M. le professeur Pînard, chez qui nous avons eu l'honneur de faire notre stage d'accouchement, reçoivent ici l'hommage de notre gratitude.

Enfin nous adressons nos plus vifs remerciements à M. le professeur Laboulbène qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0096

Introduction et division du sujet.

On peut dire que parmi tous nos organes, le cœur, que l'on pourrait appeler le ressort de la vie, est certainement un de ceux qui cependant payent à la maladie le plus lourd tribut. Il est le principe de la vie, dit Corvisart, et ce principe de vie devient quelquefois un principe de mort.

Plus un organe agit, semble-t-il, et plus il doit s'altérer ; or quel est le viscère dont la continuité d'action soit comparable à celle du cœur. « Considérez l'embryon, dit Sénac, à peine peut-on en découvrir les rudiments que le cœur a déjà commencé sa tâche ; c'est le *punctum saliens* d'Harvey qui déjà lance le sang et la vie à travers l'organisme tout entier. Depuis ce *punctum saliens* et même avant, jusqu'à l'*ultimum moriens*, c'est-à-dire jusqu'à la mort, qui a nommé les millions de pulsations que le cœur aura battues sans une seconde de repos.

Du moins si le cœur accomplissait cette énorme série de pulsations sans qu'aucun obstacle le contraignît à des efforts nombreux et puissants ! Mais il s'en faut de beaucoup que son activité soit uniforme et modérée. Déjà sans doute au centre de l'embryon qui se forme, le tronc, la tête, les extrémités tout végétent et s'accroissent, mais dans le silence presque absolu de leurs fonctions. Le cœur seul produit des efforts pour donner la vie à tout le reste. Quand le fœtus est sorti du sein de sa mère, nouveaux obstacles qui s'accroissent à mesure : quelles entraves

naissent de l'acte seul de la respiration et de ses modifications diverses, les cris de l'enfance, les pleurs ; plus tard c'est la course, le saut, l'escrime, la lutte, la danse, le chant ; ajoutons à tout cela la nature ou l'abus des boissons, l'influence des causes morales et surtout nommons les passions, la colère, la fureur, la crainte, la peur, l'amour, le désespoir, la joie, la vengeance qui sont toutes l'apanage de la condition humaine ; il n'est pas jusqu'aux plus nobles passions et aux plus beaux sentiments, qui n'aient aussi leur action manifeste sur le cœur.

De là tout le cortège de maladies que l'on rencontre chez ceux dont l'organe central de la circulation est soumis à des efforts exagérés.

Parmi toutes ces maladies, il en est une relativement très rare que nous avons choisie pour être le sujet de notre thèse parce que nous-même, au hasard d'une autopsie, avons eu l'occasion d'en rencontrer un exemple des plus frappants et parce qu'étant une affection qui ne se présente que de loin en loin, il arrive que lorsqu'elle existe, elle n'est jamais diagnostiquée. Nous voulons parler du cancer du cœur, très rare, avons-nous dit, et cependant, qu'y a-t-il de plus fréquent que le cancer ? Existe-t-il une maladie plus généralisée ? Le cancer se loge partout, envahit tous les tissus et tous les viscères ; il n'est pas seulement à l'état de diathèse dans un organe, mais une fois né, c'est le monstre aux cent têtes, il se généralise, il infecte l'économie tout entière, il l'empoisonne en lançant partout une semence de mort qui à son tour va élire domicile ailleurs et fructifier en dépit de tous les remèdes et de tous les moyens. Pendant longtemps, le cœur avait semblé comme

un des rares privilégiés à cet égard. « Nous n'avons jamais vu le cancer du cœur » disent MM. Bayle et Cayol. « Je n'ai jamais, dit Laennec, trouvé dans le cœur ni encéphaloïde ni aucune espèce de cancer ». Ces paroles nous prouvent une fois de plus la rareté de cette affection. Néanmoins le cancer du cœur se rencontre quelquefois et c'est à lui que pourrait surtout s'appliquer l'épigraphe du Traité de Corvisart sur les maladies du cœur : « *Hæret lateri lethalis arundo* », épigraphe que l'on pourrait au figuré et en traduction large exprimer en français comme il suit : Le cancer frappe quelquefois droit au cœur, flèche impitoyable et fatalement mortelle.

Nous allons d'abord entrer dans quelques considérations historiques.

Puis nous essayerons d'établir une division du cancer du cœur.

Nous parlerons de la symptomatologie.

Nous dirons un mot du pronostic.

Nous essayerons d'établir quelques règles pour poser un diagnostic.

Nous décrirons la marche du cancer, sa durée, son mode de terminaison.

Nous étudierons les modifications anatomiques subies par le cœur.

Nous examinerons quel est le siège du cancer dans le cœur, sa nature, l'âge des sujets atteints.

Nous dirons quelques mots de la rareté du cancer primitif.

Enfin nous citerons nos observations, dont l'une nous est rigoureusement personnelle et dont une autre s'est dé-

roulée sous nos yeux, nous permettant d'en être le témoin attentif.

Parmi ces observations, nous mentionnerons particulièrement celles dont les pièces anatomiques sont exposées au musée Dupuytren.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique.

Depuis Galien jusqu'à nous, les anciens ont certainement observé des cancers du cœur, mais leurs descriptions ou trop abrégées ou mal faites ont laissé des doutes dans l'esprit des praticiens modernes. Dès les premiers âges de la médecine cependant, le cœur était considéré comme un organe privilégié, presque sacré et Hippocrate lui-même n'admettait pas qu'il pût être malade. Avec Aristote on retrouve la même erreur ; on constate chez lui comme un parti pris, une idée fixe : c'est le cœur qui anime l'être, c'est le principe et la source de la vie, il ne saurait donc devenir un principe de mort. Arétée précise davantage et semble conspirer d'emblée contre ce qui fait l'objet du sujet qui nous occupe : « Il ne saurait survenir dans le tissu du cœur, dit-il, ni tumeur ni humeur sanieuse ».

Sénac s'empporte contre une pareille théorie. « Le cancer existe dans tous les autres organes, dit-il, pourquoi le cœur serait-il privilégié ? »

Les premières observations de cancer du cœur seraient dues à Lieutaud. Dans son « *historia anatomica medica* » tom. II, p. 34, 1767, il a publié 12 observations de tumeurs cardiaques, il note leur dureté, leur nombre, leur forme, leur siège, leur couleur, il fait la symptomatologie de cha-

cune d'elles, mais nous ne pouvons que rester dans le doute sur la nature de ces productions morbides. Portal signale des tumeurs de la substance musculaire du cœur. Columbus trouva dans le cœur du Cardinal Gambara une tumeur qui était aussi grosse qu'un œuf. Fabrice de Hilden a vu « une glande blanchâtre grosse comme le pouce et implantée dans la substance du cœur ». Un malade, au rapport du chirurgien Lamont sentit pendant trois ans de vives angoisses dans la poitrine et surtout vers la région du cœur. A l'autopsie, on trouva une tumeur dure et squirrheuse qui s'était formée dans la substance du ventricule droit ; elle était grosse comme un œuf de poule et remplie d'une humeur putride. Sénac, dans son *Traité des maladies du cœur*, tom. II, p. 178 cite trois ou quatre cas de tumeurs dures ou remplies d'une « humeur sanieuse » il parle de masses charnues signalées également dans le cœur par Riolan et Vésale. Carcassonne décrit à son tour ce qu'il croit être un cancer du cœur (*Mém. de la Société royale de médecine*, 1777).

A côté de ces quelques faits qui nous ont été transmis, nous voyons des praticiens distingués comme Stokes (*Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, traduction de Sénac, 1844) se taire absolument au sujet des tumeurs néoplasiques du cœur. Nous n'avons jamais vu le cancer du cœur disent MM. Bayle et Cayol (article cancer du *Dictionnaire des sciences médicales*) et la maladie que M. Carcassonne a décrite sous ce nom ne nous paraît pas évidemment appartenir aux dégénérescences cancéreuses. Laennec lui-même affirme aussi n'avoir jamais trouvé dans le cœur ni encéphaloïde, ni aucune espèce de cancer.

Quoiqu'il en soit de toutes les descriptions des anciens, elles pèchent trop par les détails anatomiques pour qu'on puisse en tirer des conclusions certaines. Toutes ces tumeurs ont été trouvées à une époque où l'anatomie pathologique était peu avancée et où le microscope n'avait pas encore commencé à dévoiler les éléments intimes des tissus.

Les praticiens modernes au milieu des recherches anatomopathologiques qu'ils poursuivent avec une ardeur infatigable et une remarquable sagacité ont eu plusieurs fois l'occasion eux aussi de rencontrer l'affection qui nous occupe ; le microscope est devenu pour eux un instrument d'une précision extraordinaire, il est la pierre de touche grâce à laquelle ils ont pu reconnaître la nature de la tumeur et affirmer indubitablement nombre de fois le cancer du cœur, tellement qu'on pourrait croire que celui-ci est devenu plus commun qu'autrefois s'il n'était plus naturel d'attribuer cette fréquence aux progrès de la science et à la multiplication des ouvertures cadavériques ; car il ne faut pas toujours inconsidérément accuser les anciens de leur ignorance. « Galien, dit l'histoire, fit le voyage d'Alexandrie pour aller voir un squelette humain ». Faute de corps humains, on disséquait des singes, mais cela ne donnait, on le comprend qu'une instruction douteuse, les institutions civiles, politiques et religieuses leur interdisaient l'anatomie humaine. Rien de moins surprenant dès lors, qu'ils soient si peu précis lorsqu'ils parlent des lésions des organes.

CHAPITRE II

Division du cancer du cœur.

Nous proposons de diviser le cancer du cœur comme il suit :

Première catégorie : Cancers qui se rencontrent simultanément dans le cœur et dans d'autres parties plus ou moins éloignées (Cancer secondaire).

Deuxième catégorie : Cancers qui attaquent le cœur après avoir désorganisé un ou plusieurs des organes circonvoisins (Cancer secondaire).

Troisième catégorie : Cancer dont le cœur paraît le siège exclusif (Cancer primitif ou cancer secondaire à un cancer primitif situé dans un autre organe et non reconnu).

Dans les observations que nous mettrons sous les yeux du lecteur, nous aurons le plus souvent affaire à des cas pouvant rentrer dans la première catégorie. Nous indiquerons ailleurs du reste ce qu'il faut penser du cancer primitif. Beaucoup d'auteurs l'ont absolument nié ; sans aller aussi loin du moins, nous pensons qu'il est très rare et même dans ces cas, il subsiste quelquefois encore des doutes, la distinction étant bien souvent très difficile à établir.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

En recueillant les observations que nous avons mises à la fin de cet ouvrage sous les yeux du lecteur, notre intention n'a pas été de réunir en quelques pages tous les cas de cancers du cœur que les annales de la science ont relatés jusqu'à nos jours. Entre tous, nous avons choisi les meilleurs, les plus probants, les plus caractéristiques, ceux qui semblaient avoir comme leur signature à part ; chacun d'eux possède un cachet spécial, représente une forme de la maladie, la montre sous un jour différent et met en relief tour à tour les différents symptômes qui font du cancer du cœur une lésion des plus variables, maladie inconstante dans sa forme, inconstante dans sa durée, inconstante dans ses complications, mais constante, il est vrai, et toujours la même dans son pronostic invariable, maladie en un mot fatalement mortelle ; il suffira de lire nos observations pour être frappé de la facilité et de la rapidité surprenante avec laquelle on est emporté quelquefois. Au moment où l'on y pensait le moins, plusieurs fois le cœur, se voyant aux prises, sans doute, avec un adversaire plus fort que lui, a subitement cessé de battre, trouvant la tâche au-dessus de ses forces et sentant qu'il lui était inutile de lutter davantage. Je n'en veux pour exemple que le cas rapporté dans notre 31^e observation. Il s'agit là d'un en-

fant de onze ans dont le cœur modelé en cire est exposé au musée Dupuytren. En pleine santé cet enfant s'est affaïssé subitement et mourait après n'avoir ressenti jusqu'à là que des symptômes presque insignifiants. Nous pourrions encore citer les faits rapportés dans notre 32^e observation, dans la 14^e, la 3^e et enfin la 11^e, cette dernière surtout dans laquelle le malade est emporté subitement à la suite d'un repas qu'il venait de prendre avec le meilleur appétit du monde. Bref, la mort subite n'est pas très rare dans le cancer du cœur, elle en est un triste apanage et puisque nous faisons ici de la symptomatologie, nous pourrions presque dire qu'elle en est quelquefois le premier symptôme.

A côté de ces cas heureusement exceptionnels, il en est d'autres beaucoup plus nombreux où le cancer du cœur se manifeste pendant la vie par des signes que nous allons essayer maintenant de bien mettre en lumière. Et d'abord, qu'il s'agisse du cancer primitif, s'il existe, ou du cancer secondaire, il est impossible de saisir le moment qui devient le point de départ, le début du mal. Le cancer quand il s'installe au cœur le fait le plus souvent sournoisement et en silence, ou plutôt dès sa naissance, car il en est du cancer du cœur comme de tous les autres cancers, l'homme apporte avec lui la diathèse, cette prédisposition mystérieuse qui fait que nombre d'individus font leurs premiers pas dans la vie portant en eux déjà le germe de la maladie qui les entraînera dans la tombe. Ces êtres sont presque fatalement destinés à telle ou telle mort, ce sont des individus en quelque sorte mal organisés pour lesquels, dit Sénac, il serait aussi injuste de demander à l'art du

médecin la santé, qu'il serait ridicule d'exiger du plus fameux architecte qu'il veuille bien rendre solide et durable une maison bâtie contre tout principe et avec de mauvais matériaux. C'est ainsi que telle chaumière à peine élevée, continue-t-il, chancelle déjà et s'écroulera bientôt malgré toutes les ressources de l'art, tandis que tel édifice à fondements inébranlables affrontera longtemps la succession des siècles et les efforts des éléments.

Donc début insidieux, avons-nous dit ; quelquefois même, parvenu en pleine période d'état, le cancer reste encore latent et alors il ne se manifeste point pendant la vie. Dans ce cas, lorsqu'il est découvert, c'est parce qu'il a constitué une surprise d'autopsie. Il en est ainsi, dans beaucoup d'observations que nous citons et en particulier dans l'observation qui nous est personnelle. Ce n'est pas même en voyant l'organe que nous avons reconnu le cancer. Rien extérieurement ne faisait soupçonner l'affection dont il était atteint ; nous n'en avons eu connaissance que lorsqu'après avoir ouvert le cœur nous avons senti ce noyau induré qui faisait saillie dans l'oreillette droite et en avons examiné la coupe à l'aide du microscope.

Comment donc se fait-il que le cancer reste si souvent silencieux et que des troubles de la circulation locale ou générale ne viennent pas alors révéler les profonds désordres du tissu de l'organe ? C'est que la tumeur, alors, n'intéresse que la substance charnue, laissant à peu près intacts le péricarde et l'endocarde, avec intégrité complète des valvules et des pourtours des orifices. Les bruits anormaux intra-cardiaques ne peuvent donc pas alors se produire, les conditions de leur genèse faisant défaut ; même

dans les affections valvulaires confirmées, il peut se faire qu'il n'y ait nul symptôme pendant longtemps, une désorganisation lente des orifices peut s'opérer progressivement, dans ce cas le cœur s'efforce de compenser par ailleurs, et aucun phénomène n'est alors de nature à faire soupçonner la maladie. Dans beaucoup de cas de cancers, le cœur paraît s'habituer, semble-t-il, aux nouvelles conditions dans lesquelles il se trouve; on dirait qu'il a la faculté d'ajuster son action aux altérations mécaniques qu'il a subies et de la régler de manière que la circulation continue à s'accomplir sans trouble manifeste. C'est ce que l'on peut voir d'après notre 29^e observation; l'auscultation ne révélait absolument aucun signe, et cependant à l'autopsie, on trouve la région du médiastin antérieur occupée par une tumeur squirrheuse embrassant la crosse de l'aorte, l'artère pulmonaire et la substance même du cœur qui renfermait elle aussi des noyaux cancéreux.

Le cœur, d'ailleurs, n'est pas exclusivement privilégié à cet égard; nous voyons assez fréquemment des épanchements considérables se faire dans la plèvre sans attirer en quelque sorte l'attention du malade lorsqu'ils ont lieu d'une manière lente et progressive. Trousseau ne raconte-t-il pas qu'une nourrice vint à pieds et portant son enfant avec elle, de la pointe Saint-Eustache à l'hôpital Necker, sans éprouver une grande fatigue; et cependant son épanchement était si considérable que la thoracentèse aussitôt pratiquée donna issue à 2.500 grammes de liquide.

Néanmoins, il s'en faut de beaucoup que le cancer du cœur ait toujours une marche aussi silencieuse; souvent il opère ses ravages en produisant au grand jour les désor-

dres les plus variés, symptômes fonctionnels ou physiques dûs les uns à l'affection cardiaque, les autres à des complications de toute nature, en un mot simulant toute espèce de maladies ; il n'est pas une affection du cœur dont il n'ait revêtu les formes, selon qu'il siège dans la proximité des valvules ou loin d'elles, selon qu'il fait saillie plus ou moins dans les cavités du cœur ; suivant sa forme, suivant sa direction, suivant ses dimensions il fait entendre à l'auscultation tous les souffles et tous les bruits anormaux, souffle systolique, souffle présystolique, souffle diastolique, bruit de pialement, bruit de drapeau, bruit de lime ; il donne naissance à tous les signes morbides, tantôt comme symptômes subjectifs, ce sont des palpitations violentes, c'est une douleur précordiale, par exemple comme la douleur que fait naître une dent cariée (32^e observation), c'est une angoisse inexprimable, ce sont les irradiations douloureuses caractéristiques de l'angine de poitrine, tantôt comme signes objectifs, c'est de la voussure précordiale, du frémissement cataire, une matité exagérée, une altération dans le timbre, le siège, le nombre, le rythme des battements, c'est un désordre manifeste des contractions du cœur qui se traduit au poulx par des phénomènes parallèles, c'est le facies cardiaque, c'est enfin l'asystolie, c'est-à-dire cet état du cœur qui est vaincu, forcé, ou cet ensemble symptomatique qui résulte de ce que l'organe central de la circulation est au-dessous de sa tâche.

Dans ce dédale de tous les symptômes, le meilleur praticien se trouve toujours très embarrassé, et si nous ajoutons encore à cela la dyspnée, les accès d'étouffement, les

congestions, les crachements de sang, les œdèmes, les embolies, les paralysies, les syncopes, loin de l'avoir exagérée, nous aurons représenté la réalité sous son vrai jour, telle qu'elle est, avec les tristes couleurs qui la caractérisent.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

C'est surtout au cancer du cœur que peuvent s'appliquer ces paroles de Sénac sur les affections de cet organe : « Si on ne les connaît pas, dit-il, on prononcera témérairement sur une infinité de cas, on fatiguera les malades par des remèdes nuisibles ou inutiles, on hâtera la mort en traitant de tels maux de même que ceux qui sont entièrement différents ; on sera exposé à être démenti honteusement par les ouvertures cadavériques, enfin le danger sera pressant quand on croira qu'il est éloigné ».

Or parmi tout cet ensemble de signes que nous avons énumérés précédemment, et qui sont plutôt les signes de toutes les maladies du cœur à la fois, en existe-t-il quelques-uns pourtant qui soient plus spéciaux au cancer, qui le caractérisent d'une façon plus particulière, qui puissent le trahir en quelque sorte et le révéler au clinicien ? En un mot le cancer du cœur a-t-il vraiment sa signature clinique ?

Si nous examinons les cas cités dans nos observations, nous verrons que sur 38 cas de cancers du cœur un seul, celui qui fait l'objet de l'observation rédigée par M. Nice-reau, a été soupçonné pendant la vie. Partout ailleurs, tout en reconnaissant qu'il existait au cœur une lésion, s'il s'agissait de la déterminer, de lui donner un nom, on se taisait, on n'osait pas se prononcer. C'est ainsi que dans le

cas observé par M. Ségalas (31^e observation), il est dit : « Les médecins diagnostiquèrent une affection du cœur, mais sans préciser la nature de celle-ci ; dans notre 8^e observation : « Le malade est porteur d'une affection organique du cœur ». D'autres fois on donnait timidement un nom à la maladie : Dans un cas : « il s'agit d'une insuffisance aortique ». Dans un autre : « il y a là tous les signes d'une péricardite ». Ailleurs « on croirait une angine de poitrine ».

Bref, pour ne point commettre une erreur, on affirmait quelque chose de vague qui n'apprenait rien sur la nature intime de la maladie. Le meilleur exemple de cette difficulté de diagnostic nous est fourni par l'observation III ; Laissons parler M. Bucquoy lui-même : « Tout d'abord, le siège et le caractère du bruit de souffle semblaient indiquer une affection mitrale, mais ce bruit de souffle n'était ni présystolique ni systolique, il se détachait nettement entre le premier et le deuxième bruit du cœur non altérés. Le malade n'avait pas d'antécédents rhumatismaux. Plus tard l'embarras devint plus grand encore lorsque nous remarquâmes que sans aucune espèce d'état fébrile le pouls s'était élevé à 150 ou 160 pulsations et n'était plus perçu qu'avec la plus grande difficulté aux artères radiales et fémorales et qu'en même temps par contre il y avait un soulèvement marqué au niveau des carotides. On avait pensé à une dilatation anévrysmale ou à un anévrysme de l'aorte, mais rien dans les signes physiques ne semblait justifier cette hypothèse.

Nous avons noté également qu'il n'y avait pas d'exophtalmie ni de développement anormal de la glande thy-

roïde ; ce n'était donc pas de palpitations du goître exophthalmique qu'il s'agissait ; donc rien que des doutes, ce qui revient à dire que, dans ces conditions, le cancer du cœur est à peu près indigestible ».

Pouvoir explorer, disait Hippocrate, est à mon avis une grande partie de l'art.

Μέγα δὲ μέρος ἡγεῖμαι τῆς τέχνης εἶναι τὸ δύνασθαι σκοπεῖν.

Or parmi tant de symptômes, bien qu'ils ne soient ni constants, ni caractéristiques, bien qu'ils appartiennent en commun à toutes les maladies du cœur, bien qu'aucun d'eux ne soit propre au cancer et qu'il n'y en ait aucun de pathognomonique, ne pourrait-on pas pousser l'exploration plus loin, et par une analyse bien comprise ne serait-il donc pas possible de pouvoir au moins soupçonner la nature de la lésion du cœur, le cancer ? L'exploration ne pourrait-elle pas fournir un jalon qui puisse mettre sur la voie du diagnostic ?

Eh bien ! Qu'un malade présente une gêne progressive de la circulation cardiaque, avec embarras de la circulation générale, irrégularité des battements du cœur se traduisant au pouls par des phénomènes parallèles, en un mot qu'il offre tous les signes d'une affection du cœur bien caractérisée, qu'il n'ait aucun antécédent rhumatismal, qu'il ne porte aucune trace de syphilis et soit à l'abri de tout soupçon d'alcoolisme ; que de plus il porte sur la surface extérieure une tumeur cancéreuse : il me semble que le médecin a devant lui de véritables jalons, et la constatation des manifestations cancéreuses externes, appuyée sur l'élimination de toute autre diathèse, lui permet de songer à la possibilité d'une tumeur cardiaque cancéreuse.

Toutes ces considérations peuvent donner un fil conducteur et sont de nature à mettre en jeu la sagacité du médecin hésitant en face d'une affection cardiaque douteuse.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic ne sera jamais qu'une présomption à laquelle la méthode de l'exclusion permet seule d'arriver.

CHAPITRE V

Pronostic.

De toutes les maladies organiques, le cancer est assurément le plus à redouter. Mais lorsqu'il est situé dans un organe tel que le cœur, il n'est plus seulement dangereux, il devient fatal et l'on peut dire de celui qui en est atteint qu'il porte et nourrit en lui son bourreau. Quand il siège sur un membre ou sur une partie du corps dont la présence n'est pas indispensable à la vie, rien de plus facile que de faire l'extirpation, et si le chirurgien s'y prend à temps, il peut conserver quelque espoir de guérir son malade. On va plus loin, et n'avons-nous pas vu souvent comment, par un miracle de science, de talent et d'adresse, comment, dis-je, nos maîtres les plus distingués savent, quand il le faut, extirper des reins cancéreux, fouiller jusque dans le foie, l'estomac ou les intestins, pour enlever le mal qui ronge ou porter le remède qui guérit.

Certes le rôle serait beau et le talent superbe du chirurgien qui parviendrait à faire agir les secrets de son art jusque sur l'organe central de la circulation ! Mais d'ici là, avant que vienne ce progrès idéal de la science, le cancer du cœur continuera à sacrifier ses victimes : mort subite, et dans ce cas la mort est presque toujours consécutive à des efforts plus ou moins violents, tantôt c'est au sortir d'exercices de gymnastique, tantôt c'est que le malade fait

un effort pour se relever, ailleurs c'est au moment de la défécation, c'est-à-dire dans un acte où le phénomène de l'effort est souvent porté à son maximum. L'autopsie peut révéler les causes de la mort subite, on trouve alors une rupture de l'aorte, une embolie par des parcelles détachées de masses encéphaloïdes, ou bien l'autopsie reste muette et l'on ne peut qu'invoquer l'état avancé de dégénérescence du cœur. Mort lente, et dans ce cas, la vie s'éteint peu à peu au milieu des phénomènes ultimes de l'asystolie ou bien de la généralisation cancéreuse dont la tumeur cardiaque n'est qu'une manifestation tardive.

Qu'elle arrive subite ou lente, la mort est inévitable et c'est surtout à cette affection que l'on peut appliquer l'épigraphe du traité de Corvisart sur les maladies du cœur :

« *Hæret lateri lethalis arundo* ».

CHAPITRE VI

Marche. — Durée. — Terminaison.

Rien de plus difficile que de déterminer d'une façon même approximative la marche et la durée du cancer du cœur. Cette durée échappe à tout calcul, car ces néoplasies empruntent à leur siège une gravité tout exceptionnelle, elles sont un danger permanent et imminent par leur position même dans l'organe central de la circulation dont elles peuvent à tout moment entraver le fonctionnement. La même tumeur qui mettra un an, dix-huit mois, deux ans pour parcourir ailleurs sa complète évolution et finira par déterminer une cachexie générale de l'organisme pourra, si elle se trouve au contraire localisée dans le cœur, surtout si elle est située près d'une valvule, si elle encombre par son voisinage un des orifices aortique, pulmonaire, mitral ou coronaire, amener des complications sans nombre et déterminer la mort alors même que son évolution peut-être aura seulement commencé.

Dans d'autres circonstances le cancer évoluera complètement, et nous voyons, alors, dans les autopsies, des cœurs absolument dégénérés, envahis dans leur ensemble, farcis de masses néoplasiques et sous le rapport physiologique il est alors curieux de constater jusqu'à quel point la texture musculaire du cœur peut être altérée ou détruite sans que la circulation dont il est le principal moteur soit

dans une forte mesure modifiée, troublée, sans qu'elle soit anéantie. Une des observations relatées par MM. Andral et Bayle nous en donne un exemple bien curieux et bien extraordinaire :

Le tissu cancéreux occupait presque en totalité la paroi externe du ventricule droit. En un petit nombre de points seulement se voyaient encore quelques faisceaux de fibres musculaires décolorées et comme atrophiées. Les parois de l'oreillette droite présentaient dans toute leur étendue si ce n'est dans l'appendice auriculaire la même dégénérescence ; dans l'espace surtout qui sépare l'orifice des deux veines caves on ne voyait plus aucune trace de fibres musculaires. L'artère cardiaque rampait intacte au milieu du tissu cancéreux. Le ventricule gauche était hypertrophié et son orifice rétréci. Comment donc l'oreillette droite où l'on ne trouvait plus que quelques traces de fibres musculaires a-t-elle pu continuer à se dilater et à se contracter convenablement pour recevoir le sang du système veineux ? Comment le ventricule lui-même privé d'une partie de son tissu charnu a-t-il pu transmettre le sang aux poumons ?

Dans une autre observation, la 32^e, nous voyons la paroi externe du ventricule droit occupée par une tumeur bosselée qui, par sa forme et sa saillie considérable, semblait comme un cœur surnuméraire s'étendant de la pointe du ventricule jusqu'à l'oreillette. Dans la 26^e observation, rapportée par M. Forster, la tumeur du sternum pénétrait dans la cavité thoracique entourant l'œsophage, la trachée, les vaisseaux, les bronches et le cœur lui-même, la pointe seule semblait sortir de la tumeur, tout le reste du cœur englobé dans le cancer se fusionnait en partie avec lui.

Or il est évident que pour habituer le cœur à leur présence et pour que celui-ci n'en ait éprouvé que des inconvénients relativement légers, ces tumeurs ont dû se développer avec une grande lenteur, il s'est produit des équilibres, des compensations, et ce n'est point alors le cancer secondaire du cœur qui fait périr le malade, celui-ci meurt de son cancer primitif ou bien des complications surviennent et le malade est emporté par une congestion, un accès d'étouffement, une embolie, la paralysie, une complication rénale, une pneumonie, en un mot il marche à la mort par tous les sentiers et par tous les chemins.

CHAPITRE VII

Modifications anatomo-pathologiques du cœur. — Siège du cancer dans le cœur. — Sa nature.

Un chapitre qui ne manque pas d'intérêt dans l'histoire du cancer du cœur est celui des modifications anatomo-pathologiques que peut, dans ces conditions, subir cet organe.

Les observations qui suivront nous permettront de voir tous les degrés d'altération possibles, depuis l'intégrité absolue en apparence, extérieurement du moins, jusqu'à la désorganisation la plus complète. La forme souvent en effet n'est point altérée. Dans l'observation qui nous est personnelle, à part l'hypertrophie, rien en apparence qui pût faire présumer le néoplasme malin ; au contraire dans certains cas, les modifications subies par l'organe sont telles que dans un cas on a cru tout d'abord avoir affaire à un cœur surnuméraire, ailleurs c'est à peine s'il était possible de reconnaître la forme primitive de l'organe. Dans l'observation relatée par Forster, le cœur était presque totalement fusionné avec un cancer du médiastin.

Dans l'observation de M. Bucquoy, il s'agit d'un ventricule gauche complètement désorganisé. Quand on considère, dit-il, quel était le degré d'altération, de destruction même de la plupart des fibres musculaires du ventricule gauche, on demeure étonné en présence d'une semblable

désorganisation et l'on s'explique immédiatement pourquoi cette absence presque complète de palpitations dans les derniers temps de la vie, et cette mort subite elle-même, conséquence fatale d'une telle destruction de l'organe.

Mais ce sont là toutefois des exceptions, et le plus souvent ce que l'on trouve, c'est un myocarde plus ou moins dégénéré, dans l'épaisseur de ce myocarde des noyaux disséminés ou confluents, de la grosseur d'un pois, d'une aveline, d'un marron, d'un petit œuf. Le cœur est tantôt hypertrophié égalant, dans la 6^e observation, jusqu'à 3 fois son volume, tantôt, au contraire, il est petit et atrophié. Les orifices sont parfois notablement rétrécis, ou bien ils sont obturés par une prolongation de la tumeur; le péricarde est presque toujours intéressé, dans nombre de cas il est enflammé, épaissi, et le siège d'un épanchement plus ou moins abondant, ailleurs les feuillets sont adhérents, il existe une symphyse cardiaque, quelquefois enfin ces feuillets sont eux-mêmes envahis par la dégénérescence cancéreuse. Quant aux cavités, elles sont souvent rétrécies par le néoplasme qui fait saillie à leur intérieur.

Pour ce qui est des valvules, il est très rare qu'une tumeur cancéreuse s'y généralise directement. Le cancer s'écarte ainsi des affections rhumatismales qui se localisent presque toujours d'emblée sur les valvules et aux pourtours des orifices. Quand ces valvules et ces orifices sont atteints, ils le sont indirectement par des irradiations pathologiques susceptibles de venir rétrécir les uns et gêner le jeu des autres.

La néoplasie peut siéger partout, sur le péricarde, sur

l'endocarde, dans l'épaisseur des parois, infiltrant la substance charnue dont elle entraîne la destruction, ou bien se creusant de véritables loges dans le tissu musculaire qu'elle déprime quelquefois sans l'altérer. Enfin c'est dans son ensemble, dans sa totalité que le cœur se laisse envahir, plus souvent il n'est atteint que partiellement.

Voici d'ailleurs à cet égard les résultats que nous avons obtenus en examinant nos différentes observations.

Tout le cœur a été envahi.	2 fois
Le cœur droit : entier	6 »
Oreillette	13 »
Ventricule	19 »
Le cœur gauche : entier	3 »
Oreillette.	4 »
Ventricule	11 »
Les deux oreillettes	5 »
Les deux ventricules.	4 »
Péricarde	7 »
Endocarde.	10 »

Si l'on compare ces résultats, il est facile de voir que le lieu d'élection du cancer est surtout le cœur droit et que dans le cœur droit c'est le ventricule qui est son siège de prédilection. On a voulu expliquer cette plus grande fréquence à droite des productions cancéreuses, par la circulation qui entraînerait dans le cœur droit les cellules des organes malades.

Une fois déposées, ces cellules se mettraient à proliférer sur place. Quant à la manière dont les éléments anatomiques de ces produits morbides arrivent au cœur, le transport peut se faire soit directement par les veines ulcérées et

béantes dans les masses cancéreuses, soit par les lymphatiques d'abord et le système veineux ensuite. On sait en effet que les lymphatiques communiquent directement avec les espaces remplis de suc et de cellules des tumeurs cancéreuses. Ces vaisseaux y puisent les éléments anatomiques, les charrient jusqu'aux ganglions voisins qui n'offrent qu'une barrière momentanée ; ils sont infectés et infectent à leur tour et successivement les ganglions les plus rapprochés (cancers successifs de Broca) et les cellules des organes malades, finissent par arriver au canal thoracique qui les déverse dans le système veineux et enfin dans le cœur. C'est ainsi que s'y développerait le néoplasme qui peut être un sarcome, un lymphadénome, le plus souvent un carcinome, squirrhe ou encéphaloïde.

CHAPITRE VIII

Age auquel se développe le cancer du cœur. — Aperçu sur la fréquence du cancer du cœur. — Rareté du cancer primitif.

Le cancer du cœur se développe à tout âge. Il a été observé dans la jeunesse (observation de M. Ségalas, enfant de 11 ans) et Billard semble l'avoir trouvé à l'autopsie d'un enfant de trois jours.

Dans les observations que nous avons recueillies et où l'on trouve l'âge des malades, nous l'avons vu se développer :

Dans la première année.	1 fois
A 11 ans.	1 »
De 20 à 30.	3 »
De 30 à 40.	2 »
De 40 à 55.	12 »
De 55 à 70.	6 »
De 70 à 80.	1 »

C'est donc de 40 à 55 ans qu'il est le plus fréquent.

Le cœur est un des organes qui se laissent le moins souvent envahir par le cancer. Il en est exceptionnellement le siège, mais il est moins rare peut-être qu'on le pense généralement. Il nous reste à ce sujet de vieilles statistiques, l'une faite par M. Chambers (*Medical Review*, 1853) dans laquelle sur 2.161 autopsies faites en 10 ans, il dit avoir trouvé 7 cas de cancer du cœur ; l'autre établie par

Arthur Willigk (*Revue de Pragues*, 1856) dans laquelle sur 4.547 autopsies, l'auteur fait un relevé de 16 cancers cardiaques. Dans les deux séries, c'est une moyenne de 3 pour 1000. Malheureusement, ces statistiques sont un peu anciennes pour qu'elles aient le droit de nous inspirer une entière confiance.

Dans une des séances tenues par la Société anatomique, année 1887, M. Cornil fait remarquer que le cancer du cœur n'est pas extrêmement rare. « Dans la pratique journalière des autopsies, dit-il, on peut en voir un cas par an, quelquefois deux ».

Quoi qu'il en soit de la rareté du cancer du cœur, disons en passant qu'elle semblerait prouver que ce n'est pas le sang qui est l'organe principal de l'infection cancéreuse, que ce n'est pas au moyen de la migration des germes pathologiques par le liquide sanguin que la généralisation a lieu. Quel organe en effet est en contact plus répété, plus intime avec le sang ? Lequel en reçoit plus ? Le cœur devrait donc être l'organe le plus maltraité par la généralisation cancéreuse ; or il est loin d'en être ainsi. Il est vrai que le cancer primitif, lequel n'a pas été véhiculé par la circulation, qui naît sur place sans que l'on sache d'où vient le germe ni quelle main mystérieuse a pu l'apporter là, le cancer primitif, dis-je, est encore bien plus rare au cœur, à tel point que son existence est peut-être encore contestée. M. le professeur Bouillaud dans 40 années de pratique, pendant lesquelles son attention a été spécialement attirée sur les maladies de cet organe, n'en a pas vu un seul cas. Le grand ouvrage de M. Cruveilhier et les *Bulletins de la Société anatomique* n'en contiennent pas

d'exemples sur lesquels il ne puisse planer des doutes. « Tous les tissus, dit Broca (*Traité des tumeurs*, 1866, t. I, p. 34) qui sont sujets au cancer primitif peuvent probablement être atteints de cancer par infection », mais la réciproque n'est pas exacte, car inversement les cancers primitifs sont rares dans certains organes très exposés au contraire à devenir le siège de cancers secondaires. C'est ainsi que dans le poumon souvent atteint secondairement Broca n'a trouvé que 2 cas de cancer primitif. La rate est également le siège très rare de cancer primitif, tandis qu'il n'est pas rare d'y trouver des dégénérescences secondaires. Quant au cœur, si nous nous reportons à nos observations, nous en trouvons bien quelques-unes qui sembleraient plaider en faveur du cancer primitif ; il en est ainsi des 8 dernières observations que nous avons signalées dans notre thèse, surtout de celle que rapporte M. Ségalas, dans laquelle il s'agit d'un enfant de 11 ans. Cette dernière nous semble assez probante. Peut-être, dans les autres, l'examen de tous les organes n'a-t-il pas été fait avec tous les soins désirables ; donc l'opposition déjà si remarquable que nous constatons tout à l'heure pour le poumon et la rate existe encore bien plus pour le cœur qui serait presque réfractaire à l'action primitive de la diathèse cancéreuse.

A part de très rares exceptions que l'on ne rencontre qu'à de longs intervalles, on peut dire que presque tous les cancers du cœur sont des cancers secondaires, par infection, par généralisation, or il n'y a pas de généralisation dans tous les cas de cancers, et le cœur est loin d'être intéressé dans tous les cas de généralisation.

Telles sont les raisons qui font du cancer même secondaire du cœur une rareté pathologique.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE CATÉGORIE

OBSERVATION I (personnelle), recueillie à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur PROUST.

J'ai présenté à la Société anatomique, le 11 mai 1895, un cœur atteint de cancer et provenant d'un individu dont voici en quelques mots l'histoire :

L... Isidore, valet de chambre, 67 ans, s'était toujours bien porté. Le 11 février 1895, en vaquant à ses occupations, il s'aperçut soudain que sa langue s'embarrassait et il fut bientôt surpris de ne plus pouvoir parler. Le lendemain il entra à l'Hôtel-Dieu pour cette aphasie en dehors de laquelle on ne constata chez lui qu'un peu de douleur dans la région du foie avec hypertrophie de cet organe. La figure du malade avait conservé sa physionomie normale, pas de déviation de la bouche, pas de paralysie, rien au cœur. Les digestions du malade étaient devenues pénibles depuis quelque temps et ses forces avaient légèrement diminué.

15 février. — Amélioration dans la parole ; cette amélioration s'accroît jusqu'au 20.

22. — Nouvelle attaque d'aphasie accompagnée cette fois de paralysie du bras droit.

24. — Hémiplégie droite complète. L'auscultation du cœur ne révèle absolument rien d'anormal, mais le foie est plus volumineux, plus douloureux.

1^{er} mars. — Foie de plus en plus volumineux et douloureux, troubles dyspeptiques. A partir de ce jour ces troubles s'accroissent de plus en plus, accompagnés d'anorexie, de nausées, de vomissements. Le foie paraissait dur, lisse ; les matières fécales prenaient une teinte grise, étaient décolorées, et leur fétidité dénotait bien l'absence de bile et l'insuffisance hépatique. Bientôt apparurent les œdèmes, la diarrhée, le

ballonnement du ventre, un état profond de cachexie, en un mot tout le cortège des symptômes du cancer. Le malade mourait le 15 mars, après une longue agonie.

AUTOPSIE. — L'examen du cerveau qui avait semblé jouer un rôle important au début de la maladie fut fait très minutieusement, mais il ne fut pas possible de trouver dans la substance cérébrale le plus petit foyer de ramollissement. Rien à la surface, rien dans les méninges, pas de congestion, pas d'épanchement, en un mot rien qui pût expliquer les symptômes du début.

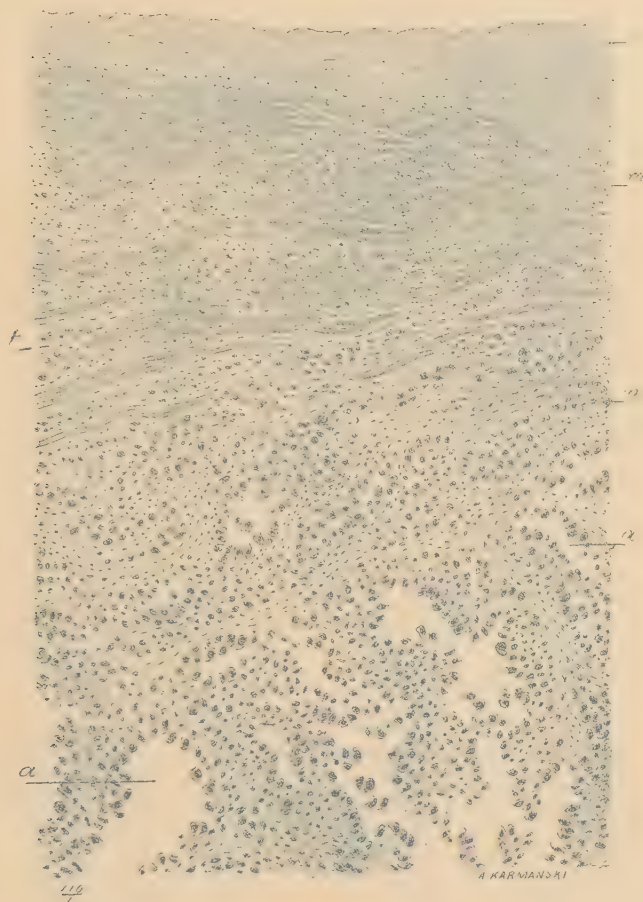
A l'ouverture de l'abdomen, les viscères furent trouvés noyés dans le sang. Le foie considérablement hypertrophié, dur, à bord tranchant, était atteint de cancer primitif, cancer massif, en amande, carcinome hématode occupant la plus grande partie du volume du foie. Le centre du cancer était dégénéré, ramolli, ce qui avait transformé la tumeur comme en un kyste qui était devenu le siège d'hémorrhagies et qui s'était ouvert sans doute au moment de la mort, ou après, à tel point qu'il existait dans l'abdomen un épanchement de trois litres de sang environ.

Un noyau cancéreux fut encore trouvé dans le rein droit et un autre dans le mésentère.

L'autopsie fut arrêtée là, quand à tout hasard j'eus la pensée d'emporter le cœur pour l'examiner attentivement dans mon cabinet. Je procédai à cet examen avec mon excellent ami P. Danis.

Le cœur était gros, surchargé de graisse, il pesait 450 grammes environ. Les deux artères coronaires étaient en partie calcifiées. L'ouverture du ventricule gauche nous fit voir un orifice mitral très dilaté ; l'oreillette gauche et le ventricule droit n'offraient rien de particulier, mais en ouvrant l'oreillette droite, nous vîmes, situé sous l'endocarde et faisant saillie dans l'intérieur de la cavité auriculaire, un noyau assez dur, blanc-jaunâtre, de la grosseur d'une petite noix. Il était situé dans la partie droite de l'oreillette, à un centimètre environ au-dessus de la valvule tricuspide. Nous avons pensé immédiatement, malgré la rareté de cette affection, à la possibilité d'un noyau cancéreux secondaire du cœur. Nous avons remis la pièce entre les mains de M. Letulle, qui a bien voulu faire un examen histologique de la tumeur et nous a communiqué les résultats de ses recherches. Il s'agissait d'un cancer épithélial.

PLANCHE I



CANCER ÉPITHÉLIAL

- f — Surface de l'endocarde.
- m — Fibres musculaires du cœur.
- c — Cellules cancéreuses infiltrées.
- a — Alvéoles cancéreux.
- Tissu conjonctif interstitiel dilaté, épaissi.

PLANCHE II

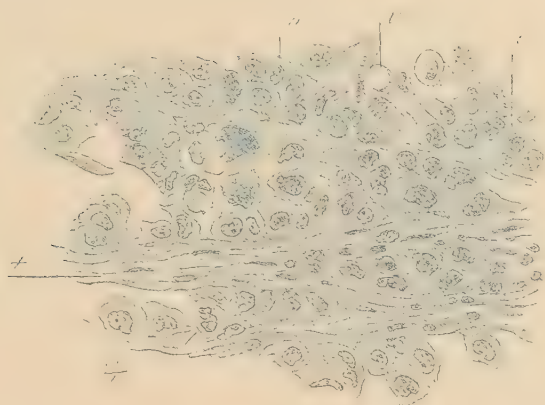


Fig. 1.

CANCER ÉPITHÉLIAL DU CŒUR (fort grossissement)

- n* — Cellules cancéreuses.
- v* — Vacuole développée dans l'intérieur d'une cellule cancéreuse.
- t* — Travées conjonctives formant la trame des alvéoles cancéreux.
- o* — Noyaux volumineux des cellules cancéreuses.

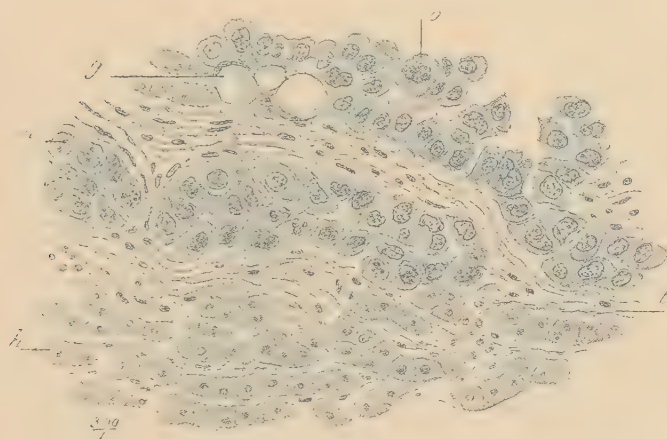


Fig. 2.

CANCER PRIMITIF DU FOIE chez l'individu porteur de cancer épithélial du cœur.

- h* — Trabécules hépatiques comprimés par le cancer de voisinage.
- t* — Tissu conjonctif interstitiel.
- n* — Amas de cellules cancéreuses.
- g* — Cellules hépatiques graisseuses.
- ..* — Volumineux noyau d'une cellule cancéreuse.

Nous avons fait reproduire sur nos planches I et II les préparations histologiques, deux coupes du cancer secondaire du cœur, une coupe du cancer primitif du foie.

OBSERVATION II, suivie à Lille dans le service de notre maître M. le professeur DURET. — *Cancër du cœur chez un homme atteint de cancer de la prostate avec propagation à l'uretère et au rein*, par M. SOUVILLE (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1890).

Le nommé V..., âgé de 55 ans, palefrenier, entre à l'hôpital de la Charité le 19 mars 1890 dans le service de M. le professeur Duret. Ce malade se plaignait de douleurs dans le ventre et dans les reins ayant débuté trois semaines auparavant à la suite d'un coup de pied de cheval. Jusque-là il jouissait d'une excellente santé. Quelques jours après ce traumatisme, le membre inférieur gauche devint le siège d'un œdème considérable. Le malade entre à l'hôpital.

20 mars. — A la visite du matin, cet homme qui paraît encore très vigoureux a de l'œdème des deux membres inférieurs et des douleurs spontanées siégeant surtout au niveau de l'hypogastre. Mictions fréquentes, incontinence d'urine, ventre tendu, ballonné, très douloureux. Le rein droit est très sensible à la palpation.

Au toucher rectal, on trouve à la place de la prostate une grosse tumeur du volume du poing qui efface le calibre du rectum : elle est douloureuse à la pression. Sa surface est formée de grosses bosselures. M. Duret diagnostique un carcinome prostatopelvien. Dans la nuit le malade urine du sang presque pur.

Du 21 au 26, l'hématurie continue, le malade s'affaiblit beaucoup.

27. — L'hématurie s'arrête, mais dès ce jour-là le malade se cachectise et maigrit rapidement.

7 avril. — Gonflement à la région parotidienne droite.

12. — Face paralysée du côté de la parotidite.

13. — Incision de la parotide, il s'en écoule du pus et la suppuration continue jusqu'à la mort du malade qui arrive le 24 avril, au milieu de la cachexie la plus prononcée. Pendant tout le cours de la maladie, le stéthoscope n'avait révélé au cœur aucune lésion caractéristique.

AUTOPSIE. — Comme on l'avait diagnostiqué, on trouve à l'autopsie une prostate cancéreuse, très dure, du volume d'une grosse mandarine, son tissu est rempli de noyaux blanchâtres, fibreux, présentant quelques coupes de vaisseaux.

L'uretère droit est hypertrophié jusqu'au rein.

Dans celui-ci l'infiltration néoplasique se diffuse dans le hile en respectant le bassinet et les calices. La capsule est très épaisse, mais se décortique très facilement. Le rein très volumineux est parsemé dans toute son étendue d'un nombre très considérable de petits foyers hémorragiques faisant une légère saillie rougeâtre et ressemblant à des hémorragies punctiformes ou à de petites dilatations anévrysmales. Le rein gauche est volumineux aussi. Dans la plèvre pariétale droite on trouve des noyaux blanchâtres ayant l'aspect de noyaux néoplasiques secondaires. Il n'y a rien dans la cavité du péricarde. Au-dessous du feuillet viscéral, surtout à la face antérieure du cœur droit et au niveau de la pointe on trouve des noyaux aplatis, hémisphériques, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois. Ces noyaux sont par place confluents, se touchent, se fusionnent, ils sont de couleur blanc-jaunâtre ; ils soulèvent le péricarde viscéral et sont mobiles avec lui. Ils paraissent tous situés dans le tissu cellulaire sous-séreux, on dirait une poussée en masse, comme une véritable éruption de noyaux secondaires. Dans l'épaisseur du myocarde, il n'y a pas de noyaux, ni même au-dessous de l'endocarde. Les valvules sont saines.

L'examen microscopique a été fait par M. le professeur Augier. Cet examen démontre que le néoplasme de la prostate est un carcinome à petites cellules, et que les noyaux secondaires du cœur sont eux aussi formés de petites cellules à noyau ovalaire, analogues aux petites cellules du néoplasme prostatique ; mais tandis que dans la prostate les éléments étaient groupés de manière à circonscrire des cavités glandulaires irrégulières, ici ils sont infiltrés dans l'intervalle des éléments anatomiques de la région.

OBSERVATION III. — *Cancer du cœur chez une jeune fille de 24 ans atteinte de cancer des ovaires*, par M. BUCQUOY, agrégé de la faculté et médecin des hôpitaux (*Bull. et mém. de la Soc. méd.*, Paris, 1866).

Une jeune fille de 24 ans, Mathiot Louise, entre le 21 novembre 1866 à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Anne, dans le service de clinique de M. Bucquoy, pour une affection pulmonaire. Pendant ce séjour à l'hôpital, la malade nous apprend qu'elle est depuis assez longtemps sujette à des palpitations, qu'elle supporte difficilement la fatigue et qu'elle a de temps en temps un peu d'oppression. Jamais elle n'a été atteinte de rhumatisme articulaire aigu. L'examen de la région précordiale est absolument négatif. L'auscultation pratiquée à la base donne un claquement valvulaire parfaitement normal et assez éclatant ; il en est de même à la pointe, mais un peu en dedans de celle-ci qui bat dans le 7^e espace intercostal, on perçoit nettement un bruit de souffle assez rude qui ne se confond avec aucun des deux bruits normaux et paraît se produire pendant le petit silence. Le souffle ne se prolonge ni du côté de l'aisselle, ni en haut dans les vaisseaux du cou. Pas de signes de congestion hépatique, pas d'albuminurie, jamais d'œdème des extrémités. La malade nous fait encore remarquer l'existence d'une tumeur volumineuse qu'elle porte dans le bas-ventre du côté droit et qui paraît plonger dans le petit bassin. Elle ne peut pas dire à quelle époque en remonte l'apparition, mais elle affirme que depuis trois mois la tumeur s'est accrue dans de fortes proportions et qu'elle en souffre assez souvent. Par la palpation, M. Bucquoy reconnaît en effet dans la fosse iliaque droite une tumeur d'un volume considérable, dure, de forme et de consistance irrégulières, et très mobile. La pression est douloureuse. Pas de troubles de la menstruation. Quoi qu'il en soit, pendant les jours qui suivirent cet examen, l'état de la malade qui était entrée à l'hôpital pour une affection pulmonaire s'améliora, lorsqu'un autre ordre de phénomènes fixa vivement notre attention. Le pouls, assez faible il est vrai jusque-là, devint très difficilement appréciable aux artères radiales et fémorales. Il était en outre d'une fréquence excessive : 160 pulsations. Un tracé sphygmographique pris avec grande difficulté ne donne qu'une série de courbes régulières appartenant à une circonférence de grand

diamètre. Défaut absolu de la ligne d'ascension produite par la systole. Au cou, au contraire, les carotides battaient avec une force insolite d'où un soulèvement de toute la région qui permettait de compter facilement à la vue le nombre des pulsations. Pas de souffle sur le trajet des vaisseaux du cou ni dans l'étendue de l'aorte. Pas de gonflement à la glande thyroïde, ni d'exophtalmie. Le cœur, malgré la précipitation de ses battements, continue toujours à présenter nettement le bruit de souffle rapeux signalé vers la pointe. Néanmoins, peu de troubles fonctionnels, absence de palpitations. Mais la malade se plaint d'éprouver une grande faiblesse, elle est très oppressée surtout la nuit ; son sommeil est agité. La digitale donnée en poudre à la dose de 0 gr. 05 d'abord puis de 0 gr. 10 sembla déterminer des nausées, et fut bientôt suspendue.

Le 6 décembre, à la visite du matin, la malade fut encore examinée comme elle l'était chaque jour, rien n'était modifié dans les phénomènes observés les jours précédents, l'état général semblait peut-être un peu meilleur et le pouls était tombé successivement à 140. Deux heures plus tard, en faisant un effort pour prendre un morceau de sucre sur sa table de nuit, elle s'affaissa tout à coup et rendit le dernier soupir.

AUTOPSIE. — Elle fut pratiquée 27 heures après la mort par M. le Dr Bricheteau, chef de clinique. L'aspect extérieur du cadavre ne présentait rien de spécial, pas d'apparence de cachexie ni même d'un amaigrissement notable. En plusieurs endroits le tissu du poumon est congestionné, comme carnifié ; malgré l'augmentation de sa densité, il surnage et crépite encore. Pas de tubercules, ni d'emphysème. Le péricarde ouvert laisse écouler quelques cuillerées de sérosité transparente. Dans sa cavité, le cœur se montre sous la forme d'une masse volumineuse offrant un aspect tout particulier. A sa surface, vers la pointe surtout, on note une infection vive formée de belles arborisations très serrées. La face antérieure du cœur, qui répond presque exclusivement au ventricule gauche, n'a plus ni la coloration ni l'aspect régulier qui lui appartiennent. Le muscle présente partout une couleur jaunâtre toute spéciale et la surface présente de nombreuses irrégularités sans que cependant le péricarde ait rien perdu de son intégrité. L'augmentation de volume porte presque exclusivement sur le ventricule gauche dont la circonférence seule à la base mesure 0,25 ; son

diamètre vertical est de 0,16. Des coupes pratiquées montrent dans toute l'épaisseur de la paroi une destruction presque complète des fibres musculaires qui sont remplacées par des masses jaunâtres, irrégulières, très consistantes, qui déterminent les saillies observées à la surface. Par la pression et le raclage, on en obtient un suc blanchâtre caractéristique du cancer. Celui-ci s'étend encore à la partie postérieure du ventricule droit et à l'oreillette droite. On le trouve aussi à l'état d'infiltration dans la cloison interventriculaire. Vers la pointe et dans la partie antérieure et latérale du ventricule droit, le tissu musculaire reparait avec tous ses caractères et tranche nettement avec toutes les parties dégénérées. Sur la face postérieure de la cavité du ventricule gauche, l'altération se présente avec l'aspect de végétations lisses, arrondies et serrées les unes contre les autres. Elles sont surtout nombreuses derrière la partie postérieure de la valvule mitrale, entre les cordes tendineuses de laquelle elles viennent faire saillie. Il est à remarquer que ni la valvule, ni les cordes tendineuses, ni les colonnes charnues qui s'y insèrent ne participent en rien à la dégénérescence. L'orifice mitral n'est pas rétréci ni insuffisant ; il en est de même de l'orifice aortique qui est parfaitement sain, ainsi que de ceux du ventricule droit. L'aorte est d'un petit volume, mais sans altération. Du côté des organes génitaux, l'ovaire droit se présente sous l'aspect d'une masse blanchâtre, d'un poids et d'une consistance considérables ; sa forme est irrégulièrement ellipsoïde ; son grand diamètre vertical mesure 15 centimètres. Sa surface est bosselée et inégale. L'ovaire gauche est moins volumineux, mais il a le même aspect, la même consistance que le droit. Tous les deux offrent à la coupe le caractère lardacé du squirrhe. La pression et le raclage donnent le suc laiteux caractéristique.

Examen microscopique, pratiqué par M. le Dr CORNIL. — Les tumeurs des ovaires et du cœur donnent par le raclage un liquide laiteux, ce liquide examiné au microscope contient des éléments qui ne sont autres que des cellules généralement sphériques à noyau ou des noyaux libres. Ces cellules mesurent de 9 à 12 μ dans leur plus grand diamètre, et les noyaux libres ou contenus dans les cellules de 6 à 8 μ .

Ces derniers sont munis d'un nucléole brillant quoique petit. Les

tumeurs du cœur présentent la même structure que celles de l'ovaire.

Dans les unes comme dans les autres le microscope fait voir des alvéoles remplis de cellules et de noyaux.

OBSERVATION IV. — *Cancer du cœur et kyste séreux flottant dans l'intérieur du ventricule droit chez un homme atteint de cancer encéphaloïde du rein gauche et de cancer du poumon*, par M. G. HAYEM, interne des hôpitaux (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1864).

Guillot, âgé de 68 ans, imprimeur, entre à l'infirmerie de Bicêtre le 2 septembre 1864, pour une attaque d'hémiplégie avec perte de connaissance. Cette hémiplégie disparut complètement en 24 heures. Dans la nuit du 3 septembre nouvelle perte de connaissance, accompagnée de phénomènes convulsifs.

4 septembre. — Teinte pâle, cachectique, face amaigrie, grande faiblesse. Les accidents de la nuit ont complètement disparu. Le malade raconte que, depuis plusieurs mois, il s'essouffle facilement, il n'a jamais ni douleurs précordiales ni palpitations. La région du cœur est déformée, voussure considérable. L'auscultation fait entendre des bruits réguliers, un peu sourds, bruit de souffle doux au premier temps dont le maximum est en dedans du mamelon. Le pouls est régulier, faible, il fuit facilement sous le doigt. La pointe du cœur descend à deux travers de doigt au-dessous du mamelon. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

7. — Pendant la visite, nouvelle syncope avec secousses musculaires surtout marquées dans tout le côté droit. Le pouls devient faible, insensible, les battements du cœur ne sont plus perceptibles, les extrémités se refroidissent. Après 10 minutes de crainte bien légitime, le pouls reprend de l'ampleur, les extrémités se réchauffent et tout rentre dans l'ordre.

15. — Mêmes accidents.

26. — Nouvelle crise avec secousses convulsives, déviation de la langue à droite. Côté droit engourdi, presque insensible. A partir de ce jour diminution rapide de l'appétit et des forces.

6 octobre. — Face pâle, paupière supérieure droite abaissée, bras droit complètement paralysé, respiration accélérée. Les mouvements

du cœur sont violents, précipités, le choc très intense; le pouls vif donne 100 pulsations à la minute, la peau est terreuse, les mains sont violacées et froides. Le malade succombe l'après-midi dans une dernière syncope.

AUTOPSIE. — On procède à l'autopsie le 8 octobre. La boîte crânienne est très adhérente à la face externe de la dure-mère. Celle-ci est épaisse, jaunâtre par place et laisse écouler à l'incision une quantité notable de sérosité louche. L'arachnoïde est soulevée partout par une abondance considérable de liquide citrin. Le rein droit présente un encéphaloïde ramolli énorme. Le feuillet antérieur du péricarde adhère au cœur. En plongeant le scalpel vers la pointe du cœur, un flot de sérosité sanguinolente d'environ 300 grammes s'échappe de la cavité péricardique. Les deux feuillets sont épaissis et les surfaces non adhérentes sont couvertes de fines villosités qui leur donnent un aspect velouté un peu rude, analogue à ceux de la langue du chat. De plus, çà et là, on trouve des noyaux encéphaloïdes de la grosseur d'un pois ou d'une aveline, disséminés dans le péricarde pariétal. Au niveau de la cloison interventriculaire et dans les parois du ventricule droit, il s'est développé une tumeur encéphaloïde dont le centre est ramolli et qui est de la grosseur d'un œuf environ. La paroi du ventricule droit en dehors de la tumeur est d'épaisseur normale, celle du gauche est notablement hypertrophiée avec dilatation peu prononcée de la cavité. Le muscle est d'un brun jaunâtre. La graisse sous-péricardique est excessivement abondante. Rien de particulier dans les oreillettes, mais dans l'intérieur du ventricule droit, près du point où proémine la tumeur encéphaloïde, sur la cloison interventriculaire on trouve une sorte de bride fibreuse, allongée, portant à son extrémité deux kystes séreux, l'un gros comme un pois, l'autre comme une amande. Le liquide contenu est séreux, citrin et sans débris d'acéphalocystes. La bride a deux centimètres et demi de long et permet aux deux kystes de flotter dans la cavité ventriculaire. En relevant la bride, le plus gros kyste vient s'appliquer par sa grosse extrémité sur l'orifice de l'artère pulmonaire qu'elle obstrue presque complètement.

Il est probable que le développement du cancer du cœur

a déterminé une irritation chronique de l'endocarde et ce travail a peut-être eu une part très grande dans la production de cette bride fibreuse terminée par les deux kystes. Inutile de faire remarquer que le diagnostic en pareille circonstance était absolument impossible. Les syncopes accompagnées de mouvements convulsifs et d'hémiplégie droite incomplète et passagère ont fait croire à une affection cérébrale ; or on a vu que l'examen de l'encéphale, sans être absolument négatif, n'a pas donné les résultats que l'on était en droit d'en attendre. Au contraire l'arrêt presque complet de la circulation produit par l'introduction mécanique des deux kystes dans l'orifice de l'artère pulmonaire fait parfaitement comprendre les lipothymies, les syncopes, la dyspnée et les convulsions. Quant à la prédominance de ces convulsions à droite, l'hémiplégie droite plutôt que l'hémiplégie gauche, tout cela tient à des conditions probablement fugitives et qui échappent à l'observation.

OBSERVATION V. — *Cancer du cœur chez une femme atteinte de cancer du pancréas*, par M. BARTHÉLEMY (*Bull. Soc. anat.*, 1879.)

Mme Vve Laurent, blanchisseuse, 61 ans, présente tous les signes d'un cancer abdominal avec une profonde altération de l'organisme. Teinte jaune paille, perte de forces, maigreur, douleur en un point fixe de l'abdomen situé au-dessus de l'ombilic. On sent en ce point une tuméfaction difficile à bien limiter. Cette femme n'est souffrante que depuis trois mois. Le ventre devient de plus en plus douloureux, ballonné, tendu, le facies exprime une vive souffrance et la malade succombe avec les symptômes d'une péritonite récente.

AUTOPSIE. — Une masse carcinomateuse qui semble primitivement développée dans le pancréas l'enveloppe et s'augmente de masses ganglionnaires hypertrophiées et dégénérées. Carcinose miliaire secon-

daire du mésentère qui est induré et épaissi, de l'épiploon qui est granuleux et de tout le péritoine aussi bien viscéral que pariétal.

Péricardite sèche caractérisée par l'adhérence des deux feuillets épaissis et par des dépôts jaunâtres, rugueux, assez durs et adhérents à la séreuse. Quant au cœur lui-même, il présente une lésion fort remarquable que l'on n'avait pas soupçonnée pendant la vie. On avait bien constaté de l'arythmie, des palpitations, de temps à autre un peu d'oppression et surtout de la faiblesse et de la lenteur habituelles dans le pouls, mais ces troubles d'innervation cardiaque avaient été mis sur le compte de la faiblesse générale et de la cachexie. Quoi qu'il en soit, la paroi externe postérieure et inférieure de l'oreillette droite offre au toucher plusieurs bosselures dures, dont une surtout est considérable. A la face interne du cœur, le néoplasme forme des saillies encore lisses qui permettent le glissement facile du sang bien qu'elles ne soient séparées de ce liquide que par l'endocarde. Ces saillies sont surtout prononcées au niveau des veines pulmonaires qui n'auraient certainement pas beaucoup tardé à être plus ou moins complètement oblitérées par les progrès du néoplasme.

La principale de ces bosselures a le volume d'un gros marron et se trouve logée dans l'épaisseur des couches musculaires de l'oreillette droite. En les incisant, on trouve un tissu dur qui tranche par sa couleur gris jaunâtre sur le fond rouge du muscle cardiaque et qui présente à l'œil nu toutes les apparences des noyaux de généralisation cancéreuse.

L'examen histologique a été fait par M. H. LEROUX. Dans une préparation microscopique présentée à la *Société anatomique*, on aperçoit un tissu formé d'une grande quantité de cellules assez petites et possédant au centre un gros noyau ; la plupart d'entre elles sont arrondies, quelques-unes sont déformées par compression réciproque. Au milieu de ces cellules se remarquent des travées conjonctives, quelques-unes rares sont assez épaisses et envoient latéralement de fins prolongements. Ces cellules ne sont pas épithéliales, ni pavimenteuses, ni cylindriques. M. Leroux concluait à l'existence d'un lymphadénome ; mais M. Cornil considérant que les travées ne sont pas très nombreuses et qu'il y a un certain nombre de vaisseaux le long desquels on voit des cellules analo-

gues aux précédentes, mais aplaties, croit plutôt à un sarcome à petites cellules.

OBSERVATION VI. — *Cancer ulcéré du cœur avec dilatation anévrysmale de cet organe et faux symptômes d'angine de poitrine chez une femme atteinte de cancer de l'ovaire gauche*, par le Dr EMERIC SMITH, 1840.

La demoiselle Thérèse, âgée de 42 ans, avait joui autrefois d'une santé robuste quoique son teint eût toujours été pâle et jaune. Depuis au moins 10 ans elle était sujette à des palpitations de cœur qui revenaient par accès avec oppression considérable et avaient nécessité plusieurs saignées. Le cœur était en même temps le siège d'une douleur plus ou moins aiguë et la respiration était très gênée. Néanmoins Thérèse continuait son métier de cuisinière.

Le 4 juillet 1839, nouvelles palpitations tumultueuses, plus violentes que jamais ; le moindre mouvement, la parole même étaient presque impossibles et augmentaient la dyspnée et l'anxiété qu'elle éprouvait. Le cœur battait avec une irrégularité extrême. On fit une saignée de 300 grammes. On administra une potion calmante avec teinture de digitale et il ne tarda pas à s'opérer un mieux sensible. Une seconde crise eut lieu quelques jours plus tard avec douleur aiguë à la région épigastrique, oppression toujours croissante, battements tumultueux du cœur de plus en plus irréguliers. A diverses reprises engourdissement du bras gauche et, une fois, de tout le côté pendant 24 heures. Enfin perte totale du pouls radial gauche, ventre extrêmement sensible, ballonné, toux avec expectoration sanguinolente, œdème généralisé, mort lente.

AUTOPSIE. — Cœur triplé de volume. Dans le fond de l'oreillette droite et près de l'appendice auriculaire existait une tumeur ulcérée, aplatie, de 2 centimètres $\frac{1}{2}$ de diamètre et d'un centimètre d'épaisseur, dont la surface composée de lambeaux putrilagineux, en partie grisâtre et en partie d'un rouge violacé, lie de vin, reposait sur un fond dense et d'un aspect lardacé, carcinomateux. Son existence n'était révélée par aucun indice à l'extérieur du cœur. Celui-ci, par contre, triplé de volume, avons-nous dit, s'étendait très haut et refoulait fortement en bas le diaphragme et les viscères contigus. En cela il n'avait fait que

prendre une amplitude plus considérable que dans l'état normal. Ses parois parurent avoir partout l'épaisseur qu'elles ont dans un cœur bien conformé.

En somme il s'agissait là d'une dilatation anévrysmale du cœur sans hypertrophie, ni amincissement.

OBSERVATION VII. — *Cancer du cœur chez une femme atteinte de cancer du foie*, par M. NICEREAU. (*Bull. Soc. anat.*, de Paris, 1868) (1).

Le 21 février, est entrée salle Ste-Claire, hôpital Beaujon, une femme âgée de 41 ans, cuisinière. Son mal a débuté il y a trois mois par des douleurs de reins qui, d'abord sourdes et parfaitement tolérables, sont devenues de jour en jour plus vives. La malade finit par être totalement privée de sommeil. Bouche constamment mauvaise, nausées, vomissements de matières glaireuses, éructations, crampes d'estomac après les repas, constipation opiniâtre, dégoût profond pour les aliments et principalement pour les matières grasses et la viande. Enfin, amaigrissement rapide et perte des forces.

Depuis 3 semaines, la malade s'est aperçue que son ventre a notablement grossi, il s'est aplati vers la région médiane, mais élargi sur les flancs, présentant ainsi la forme en bissac. La percussion donne un son mat vers les parties inférieures, tympanique à la partie supérieure. Le foie déborde notablement le rebord des fausses côtes à son niveau. La palpation fait constater une série de 4 à 5 tumeurs globuleuses marronnées et dures très distinctes les unes des autres et pouvant se délimiter nettement. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse ici de tumeurs dépendantes du parenchyme hépatique. Le pouls n'est pas fréquent.

On trouve à la base du cœur un bruit de souffle coïncidant avec le premier temps. Quoique le timbre de ce bruit soit légèrement rapeux, il ne présente et n'a jamais présenté de symptômes d'affection cardiaque. On soupçonne en raison du cancer du foie, une dégénérescence cancéreuse des orifices cardiaques.

La malade mourut le 28 mars dans un état avancé de cachexie cancéreuse.

(1) La pièce en nature a été déposée au musée Dupuytren.

LAISNEY

AUTOPSIE. — On constate à l'autopsie une masse cancéreuse considérable qui, fortement fixée à la colonne vertébrale, s'étend vers le pancréas, le duodénum et le foie. Ce dernier organe offre parfaitement l'aspect constaté sur le vivant. Du côté du cœur, en même temps qu'une large plaque laiteuse située sur la face postérieure du ventricule gauche, on constate une dégénérescence cancéreuse des parois ventriculaires et de la cloison interventriculaire. L'altération porte sur les fibres musculaires et l'endocarde qui sont parsemés de lobules cancéreux d'inégal volume. Les valvules paraissent saines.

OBSERVATION VIII. — *Cancer du cœur chez une femme atteinte de cancer de l'utérus*, par M. CAMPANA (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1859) (1).

Marie Delaunay, 62 ans, entre le 4 mai 1859 à l'hôpital Lariboisière service de M. Pidoux. Elle est atteinte d'un cancer ulcéré de l'utérus et du vagin, avec cachexie très avancée. On trouve également sur elle les signes d'une affection organique du cœur : œdème des membres inférieurs, petitesse et irrégularité du pouls, bruit de frottement rude, superficiel, diffus et couvrant les deux bruits du cœur. Quelques jours après son entrée, cette femme mourait parvenue aux derniers degrés de la cachexie.

AUTOPSIE. — Quelques champignons carcinomateux durs et saillants disséminés dans les parois de la vessie. Col de l'utérus rongé en totalité. Vagin transformé en un vaste cancer parsemé de cavités anfractueuses et recouvrant des débris gangréneux infects.

Le centre de la paroi antérieure du ventricule droit du cœur est occupé par un gros noyau de cancer encéphaloïde, ramolli à son centre, vasculaire et saillant à la fois hors du ventricule et dans son intérieur. Quelques autres noyaux plus petits également encéphaloïdes se voient dans l'oreillette droite. Le cœur gauche a été épargné.

OBSERVATION IX. — *Cancer du cœur chez un homme atteint de cancer du testicule*, par LATHAM ORMERODE (*London med. chirurg. Trans.*, t. XIII, 1847).

Il s'agit d'un homme de 48 ans, faible et amaigri, qui depuis plusieurs

(1) Ce cœur est conservé et exposé au musée Dupuytren.

mois présente un testicule cancéreux. Ablation du testicule malade. Cicatrisation rapide.

Le malade se croit guéri, veut reprendre son travail, mais il est sous le coup d'une cachexie qui fait de rapides progrès et le mène bientôt fatalement à la mort. Du côté du cœur on avait observé durant sa maladie une propagation insolite des battements jusqu'aux clavicules, un murmure systolique presque musical à la pointe et enfin un bruit de souffle doux sur le trajet des artères aortique et pulmonaire.

A l'AUTOPSIE le cœur fut l'objet d'un examen attentif : ses parois sont minces et flasques, les valvules sont suffisantes mais le ventricule droit est parsemé de noyaux arrondis, dont l'un refoule un des segments de la valvule tricuspide dans le champ de l'orifice. De plus toute la substance musculaire du cœur paraît infiltrée de matière encéphaloïde.

OBSERVATION X. — *Cancer secondaire du cœur chez un homme atteint de carcinome abdominal*, par BARTHELEMY (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1879).

Mathieu Levet, fleuriste, 54 ans, constitution robuste, tempérament lymphatique, entre le 7 juin 1879 à l'hôpital St-Antoine, service de M. le Dr Rigal, salle St-Etienne, n° 22. Il présente les symptômes d'un carcinome abdominal ; il n'a pas de vomissements, ni de méléna, mais on sent nettement au-dessus de l'ombilic une tumeur fixe, douloureuse, assez dure et volumineuse. La cachexie ne tarde pas à s'emparer de lui et il meurt le 9 août après cinq mois de maladie.

A l'AUTOPSIE on trouve un carcinome pylorique avec propagation au duodénum et à la vésicule biliaire et des noyaux de généralisation dans le foie et dans le cœur. Trois noyaux blanchâtres sont logés dans l'épaisseur musculaire de la face antérieure du ventricule droit du cœur. Aucun trouble n'avait été observé, malgré plusieurs auscultations, dans les fonctions du cœur, l'examen histologique a montré que les noyaux cardiaques étaient de nature épithéliale à cellules cylindriques.

OBSERVATION XI. — *Cancer du cœur chez un malade atteint de cancer des parotides*, par CRUVEILHIER (*Anat. path.*, liv. 29, 1837).

Un soldat âgé de 54 ans, portait dans chacune des deux régions pa-

rotidiennes une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Ces deux tumeurs gênaient beaucoup la respiration et l'articulation des sons. Elles remontaient à 18 mois seulement. La nutrition générale n'en était pas troublée. Le malade entre à l'hôpital le 20 février 1837, il meurt subitement le 22 du même mois à la suite d'un repas assez copieux fait avec beaucoup d'appétit. Les deux tumeurs parotidiennes étaient cancéreuses. L'oreillette droite du cœur était comblée par une masse lobulée également cancéreuse qui se prolongeait d'une part dans la veine cave inférieure, d'autre part dans l'orifice auriculo-ventriculaire.

OBSERVATION XII. — *Cancer du cœur, chez un malade atteint de cancer du gland*, par le D^r FRANCIS (*Gaz. des hôpitaux*, 1867).

Un homme de 50 ans, qui n'avait jamais eu d'affection syphilitique, fut atteint 18 mois avant sa mort d'un gonflement douloureux du gland qui devint bientôt le siège d'une tumeur dont le volume parvint à égaler celui du poing. Cette tumeur était saignante et de temps en temps de légères hémorrhagies se faisaient à sa surface.

Après la mort du malade, indépendamment de cette masse morbide qui était formée de tissu encéphaloïde, on trouva les ganglions inguinaux du côté droit engorgés et dans l'intérieur du ventricule gauche du cœur près de la pointe une tumeur grosse comme une noix située sous l'endocarde et adhérente aux parois musculaires du ventricule dans lequel elle s'enfonçait ; elle était à peu près lisse. A la coupe on constatait des travées sinueuses transparentes divisant la tumeur en autant de segments. La substance intermédiaire était jaunâtre et dure.

OBSERVATION XIII. — *Cancer du cœur et du poumon*, par le D^r F. A. ARAN (*Archives générales de médecine*, 4^e série, 1846, t. XI).

Un homme de 28 ans, sujet depuis deux mois à de violents accès de toux qui s'accompagnaient de crachats sanglants, éprouvait en même temps des douleurs lancinantes au niveau du cœur et de la difficulté pour respirer. En examinant le malade on trouve de la voussure précordiale, une zone de matité considérable, des battements sourds et précipités et du frottement péricardique. Plus tard apparition d'une tumeur

immédiatement au-dessus de la clavicule gauche. Le malade meurt dans un accès de suffocation.

A L'AUTOPSIE le péricarde, qui était adhérent au cœur dans toute son étendue, était englobé dans une masse solide formée de lobules irréguliers de la grosseur d'une noix. Le cœur était peu volumineux et entouré à sa base par une couche de substance encéphaloïde. L'oreillette gauche atrophiée avait le volume d'un œuf de pigeon. Elle était à son intérieur farcie de petits noyaux cancéreux. Il y avait également des tumeurs encéphaloïdes dans l'épaisseur du ventricule gauche et des poumons.

OBSERVATION XIV. — *Cancer du cœur chez un malade atteint de cancer de la joue*, par MM. ANDRAL et BAYLE (*Revue médicale française et étrangère*, Paris, 1824).

Un ancien militaire, idiot, avait depuis deux ans une petite tumeur à la joue gauche lorsque tout à coup elle prit rapidement un accroissement considérable. Le malade ne se plaignait jamais, la respiration paraissait parfaitement libre, le malade conservait un embonpoint considérable, les battements du cœur n'avaient jamais attiré l'attention des médecins lorsqu'il succomba subitement sans avoir présenté aucun symptôme remarquable.

AUTOPSIE. — Le cadavre est dans un état merveilleux d'embonpoint musculaire et grassex. La tumeur de la joue gauche remplit le sinus maxillaire et repose en bas sur la mâchoire inférieure. En haut l'os maxillaire et les dents sont détruits dans une grande étendue. Dans la bouche la tumeur est profondément ulcérée. Elle est recouverte d'un pus ichoreux qui découle également des os cariés et répand une odeur très fétide.

Huit onces environ de sérosité limpide sont épanchées dans le péricarde. Le cœur, plus volumineux d'un tiers que dans son état naturel, présente au toucher plusieurs noyaux très durs. La cavité de l'oreillette droite est très dilatée. Ses parois épaisses et bosselées ont une couleur grisâtre et une structure lardacée. L'orifice des veines caves est rétréci. Le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire droit n'offre plus aucune trace de son aspect primitif. L'oreillette gauche présente la même alté-

ration que l'oreillette droite ; les veines pulmonaires sont rétrécies à leur orifice. Les ventricules sont sains, mais la cloison qui les sépare est également dégénérée et farcie de noyaux cancéreux.

OBSERVATION XV. — *Cancer du cœur chez un malade atteint de cancer de la jambe*, par PRESCOTT HEWETT (*Med. chirurg. trans.*, 2^e série, XII, 1847).

Homme de 40 ans, présentant à la jambe une tumeur cancéreuse. Amputation du membre, mort.

A l'autopsie on trouve une tumeur encéphaloïde qui fait saillie à la fois dans l'oreillette droite et le ventricule droit.

OBSERVATION XVI. — *Cancer du cœur chez un homme atteint de cancer du testicule*, par PRESCOTT HEWETT (*Archiv. gén. de méd.*, 4^e série, 1848, t. XVI).

Homme de 48 ans. Cancer du testicule, ablation du testicule, mort.

A l'autopsie, on trouve des masses encéphaloïdes faisant saillie dans le ventricule droit et dans l'oreillette droite. Pendant la vie on avait constaté à la pointe du cœur un souffle systolique.

OBSERVATION XVII. — *Cancer du cœur chez un individu atteint de cancer de la langue*, par CH. FÉRÉ, interne des hôpitaux (*Bull. Soc. anat.*, 1880).

Il s'agit d'un homme de 64 ans qui mourut à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon, à la suite d'un épithélioma de la langue.

A l'autopsie, on trouva 3 noyaux cancéreux du volume d'un gros pois, l'un dans la paroi gauche du ventricule gauche du cœur, les deux autres dans la paroi antérieure du ventricule droit.

OBSERVATIONS XVIII, XIX et XX. — *Trois cas de cancer du cœur*, cités par LAENNEC (*Traité de l'auscultation médiate*, t. II).

J'ai rencontré, dit Laennec, deux cancers encéphaloïdes du cœur. Dans l'un la matière cancéreuse formait de petites masses de la grosseur d'une aveline dans la substance musculaire des ventricules ; dans l'autre elle était déposée en forme de couches épaisses le long des vais-

seaux coronaires, entre le feuillet séreux du péricarde et le cœur lui-même. De plus, M. Récamier, continue-t-il, m'a dit avoir trouvé le cœur converti en partie en matière squirrheuse semblable à la couenne de lard, chez un sujet qui avait en outre des tumeurs cancéreuses dans le poumon.

Avec ces observations de Laennec, nous pourrions citer également l'observation consignée par M. Velpeau :

J'ai fait voir, dit-il, à un grand nombre de médecins de Paris, une quantité considérable de noyaux squirrheux qui farcissaient pour ainsi dire le cœur d'une femme de 36 ans, laquelle mourut après avoir subi l'ablation d'une tumeur de l'avant-bras.

OBSERVATION XXI. — *Cancer du cœur chez un malade atteint de cancer de la clavicule*, par le Dr COHN (in *Breslau, Gunsburg's Ztschr.*, IV, 1853).

Une tumeur cancéreuse s'était développée à la suite d'une fracture de la clavicule ; le malade mourut et on trouva dans le ventricule gauche un cancer encéphaloïde.

OBSERVATION XXII. — *Cancer du cœur chez un homme atteint d'un épithélioma de l'œil droit*, par PAGET (*Lect. on Surg. pathog.*, Bd II).

Il s'agit d'un homme qui succomba à la suite d'un épithélioma développé dans l'œil. A l'autopsie on trouva des noyaux cancéreux dans le ventricule droit.

OBSERVATION XXIII. — *Cancer du cœur chez un homme atteint de cancer du poumon*, par SIMS (*Med. chirurg. trans.*, 1833).

Chez un homme qui mourut de cancer du poumon, on trouva de grands noyaux cancéreux dans la péricarde et dans les oreillettes droite et gauche.

OBSERVATIONS XXIV, XXV, XXVI, et XXVII.

Enfin comme dernières observations de cette série, citons encore :

Le cas de M. A. DOLÉRIS, interne provisoire. Le malade se nomme

Ber..., 55 ans. Service de M. BOUCHARD, infirmerie de Bicêtre (*Bull. Soc. anat.*, 1876).

Le cas de M. BRUNON, interne des hôpitaux, service de M. DESPRÈS, hôpital de la Charité (*Bull. Soc. anat.*, 1884). — La malade est une femme de 68 ans, atteinte d'encéphaloïde du creux poplité. Sept tumeurs du volume d'un pois ont été trouvées siégeant sur le ventricule droit.

Le cas de FORSTER (*Handbuch der pathologischen Anatomie*, Bd II, p. 378), dans lequel il s'agit d'une tumeur pénétrant dans la cavité thoracique, entourant l'œsophage, la trachée, les bronches, les vaisseaux et le cœur lui-même. La pointe seule semblait sortir de la tumeur, tout le reste du cœur était englobé dans la masse cancéreuse et se fusionnait en partie avec lui.

Et en dernier lieu le cas de F. REGNAULT, interne à la Pitié (*Bull. Soc. anat.*, 1887). — Il s'agit d'une femme nommée Anne P..., 57 ans, qui mourut salle Trousseau, atteinte d'un cancer de la vésicule biliaire. Sur la face postérieure de l'oreillette droite du cœur, on trouve à l'autopsie quelques noyaux cancéreux de la grosseur d'une noix siégeant dans le myocarde. On amène un suc laiteux par le raclage.

SECONDE CATÉGORIE

OBSERVATION XXVIII. — *Cancer lymphadénique du cœur chez un malade atteint de lymphadénomes de la plèvre gauche et du médiastin*, par M. le Dr M. LETULLE (*Archives de physiologie normale et pathol.*, 1885).

Le malade est un homme de 42 ans. Il entre le 8 janvier 1884 à l'hôpital, se plaignant de troubles respiratoires pour lesquels il vient demander un soulagement. Depuis un mois il éprouve une grande difficulté à respirer, accompagnée de violentes quintes de toux. A la percussion, nombreuses zones de matité ; l'auscultation fait percevoir vers la base des poumons des bruits râpeux qui font penser à des frottements pleuraux, et semble faire entendre un souffle doux et de l'égophonie à la partie la plus inférieure de la plèvre gauche.

Pendant plusieurs jours, l'état du malade est stationnaire, mais bientôt survient un léger œdème du membre supérieur gauche, puis peu à peu de larges réseaux veineux apparaissent sur la paroi thoracique antérieure. Enfin des adénopathies multiples se forment dans les régions axillaire gauche, sus-claviculaire droite et inguinale gauche. La dyspnée va en s'accroissant, l'état général s'affaiblit, l'œdème des membres envahit la face et le tronc, l'appétit se perd, la diarrhée s'établit, la matité thoracique s'étend à toute la hauteur du côté gauche, un hydrothorax se développe dans la plèvre droite, on craint une issue fatale. La face est vultueuse, le pouls devient misérable.

Dans l'espoir de trouver un épanchement pleural même circonscrit, M. Letulle pratique deux ponctions aspiratrices avec l'appareil Potain, il retire quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent, mais il sent que le trocart est engagé au milieu de néomembranes résistantes. Il pratique alors l'examen du sang et le diagnostic de leucocythémie ganglionnaire est confirmé. Bientôt les accidents se précipitèrent et le 15 mars le patient succombait dans un accès de dyspnée et de suffocation plus violent encore que d'habitude.

AUTOPSIE. — Les médiastins antérieur et postérieur sont infiltrés en masse par un tissu sclérosé criant sous le scalpel, donnant un peu de suc laiteux au raclage. Ces lésions sont diffuses, elles s'étendent jusque dans les poumons. Le cœur lui-même, l'organe qui nous intéresse, est envahi. Il est manifestement dévié à droite. En pratiquant une section verticale à travers le médiastin antérieur on constate un épaississement énorme du feuillet pariétal du péricarde qui se confond avec la masse néoplasique du médiastin antérieur.

En outre la cavité péricardique est comblée entièrement par des fausses membranes adhérentes, ténues, friables. L'épicarde est dans toute son étendue infiltré par le néoplasme.

Pour détacher le cœur, il faut pour ainsi dire le sculpter dans le tissu de nouvelle formation criant sous le scalpel. Le myocarde semble particulièrement lésé au niveau du ventricule droit. A l'œil nu on voit des travées blanchâtres, souvent épaisses de 0 m. 002, se détacher de la face profonde de l'épicarde pour se perdre dans la masse charnue du cœur, parfois à des distances considérables.

Sur certains points de la surface du ventricule gauche on aperçoit quelques plaques pénétrant dans le muscle et rappelant l'aspect d'ilots carcinomateux développés dans le myocarde. Les valvules sont saines. Au milieu de ces amas de tissu lymphadénique, on ne trouve aucun foyer hémorragique, ce qui différencie bien dans le cas actuel ce cancer lymphadénique pleuro-médiastino-pulmonaire et cardio-péricardique de toutes les variétés de carcinome qui affectent une prédilection marquée pour cette même région.

Quand on examine histologiquement les lésions du myocarde, on voit que le tissu musculaire est disséqué par l'infiltration lymphatique sans que les fibres du muscle soient beaucoup altérées. Les régions de l'épicarde envahies par le lymphadénome semblent infiltrées d'une énorme quantité de cellules arrondies munies d'un noyau qui occupe presque leur totalité ; et qui se colore vivement par l'hématoxiline. Les éléments cellulaires forment comme des boyaux qui débouchent autour des vaisseaux normaux de la région et s'y accumulent. Quelques gros vaisseaux lymphatiques sont gorgés de cellules, et forment de larges taches ova-

Nous avons fait reproduire sur nos planches I et II les préparations histologiques, deux coupes du cancer secondaire du cœur, une coupe du cancer primitif du foie.

OBSERVATION II, suivie à Lille dans le service de notre maître M. le professeur DURET. — *Cancer du cœur chez un homme atteint de cancer de la prostate avec propagation à l'uretère et au rein*, par M. SOUVILLE (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1890).

Le nommé V..., âgé de 55 ans, palefrenier, entre à l'hôpital de la Charité le 19 mars 1890 dans le service de M. le professeur Duret. Ce malade se plaignait de douleurs dans le ventre et dans les reins ayant débuté trois semaines auparavant à la suite d'un coup de pied de cheval. Jusque-là il jouissait d'une excellente santé. Quelques jours après ce traumatisme, le membre inférieur gauche devint le siège d'un œdème considérable. Le malade entre à l'hôpital.

20 mars. — A la visite du matin, cet homme qui paraît encore très vigoureux a de l'œdème des deux membres inférieurs et des douleurs spontanées siégeant surtout au niveau de l'hypogastre. Mictions fréquentes, incontinence d'urine, ventre tendu, ballonné, très douloureux. Le rein droit est très sensible à la palpation.

Au toucher rectal, on trouve à la place de la prostate une grosse tumeur du volume du poing qui efface le calibre du rectum : elle est douloureuse à la pression. Sa surface est formée de grosses bosselures. M. Duret diagnostique un carcinome prostatopelvien. Dans la nuit le malade urine du sang presque pur.

Du 21 au 26, l'hématurie continue, le malade s'affaiblit beaucoup.

27. — L'hématurie s'arrête, mais dès ce jour-là le malade se cachectise et maigrit rapidement.

7 avril. — Gonflement à la région parotidienne droite.

12. — Face paralysée du côté de la parotidite.

13. — Incision de la parotide, il s'en écoule du pus et la suppuration continue jusqu'à la mort du malade qui arrive le 24 avril, au milieu de la cachexie la plus prononcée. Pendant tout le cours de la maladie, le stéthoscope n'avait révélé au cœur aucune lésion caractéristique.

lares facilement reconnaissables à l'absence de couches conjonctives concentriques à la lumière du vaisseau.

Il est facile de reconnaître qu'il ne s'agit pas là seulement d'une infiltration de cellules lymphatiques, mais bien d'un processus néoplasique. D'ailleurs on retrouve au milieu de la tumeur épocardique des vaisseaux capillaires à parois embryonnaires et supportant une couche de tissu réticulé dont les mailles enserrent des cellules lymphatiques.

Nous avons représenté sur notre planche une coupe de ce cancer lymphadénique du cœur.

OBSERVATION XXIX. — *Cancer du cœur chez une femme atteinte d'un cancer du médiastin*, par M. CRUVEILHIER (*Bull. Soc. anat.*, 1833).

Il s'agit d'une femme de 78 ans qui éprouvait depuis 15 ans des troubles cardiaques avec palpitations. Depuis deux ans particulièrement elle a des accès de suffocation fréquents et douloureux avec sensation d'une « boule qui lui comprime le cœur ». Cependant l'auscultation ne révèle aucun signe. Le pouls n'est pas très régulier. La malade meurt dans un accès de suffocation.

A l'autopsie, on trouve la région du médiastin antérieur occupée par une tumeur squirrheuse embrassant la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire dont les calibres sont peu diminués. Le péricarde et le cœur sont en partie compris dans la masse cancéreuse dont quelques noyaux se sont développés sous le péricarde viscéral. Il existe un peu de péricardite avec épanchement.

OBSERVATION XXX. — *Cancer du cœur chez un malade atteint de cancer du médiastin antérieur*, par M. LABRIC, interne des hôpitaux (*Bull. Soc. anat.*, 1851).

Il s'agit d'un malade qui succomba atteint d'une tumeur considérable du médiastin.

A l'autopsie, on trouve cette tumeur reposant sur le diaphragme et formant au niveau de la base du cœur une masse dure qui entoure les vaisseaux sans les altérer ou diminuer leur calibre ; son tissu est d'un

blanc nacré et crie sous le scalpel. En bas, au contraire, la tumeur cède sous le doigt et se confond avec le péricarde qu'elle a envahi et dans la cavité duquel on trouve 3 verres d'une sérosité sanguinolente mélangée de pus. Le péricarde viscéral du ventricule gauche présente une plaque blanchâtre de 0 m. 06 d'épaisseur sur 0,06 de large et 0,12 de long. Plusieurs autres plaques semblables se rencontrent sur le ventricule droit et les oreillettes formant des saillies analogues à des crêtes de coq. Elles offrent par le grattage sur une coupe fraîche le suc laiteux caractéristique du cancer.

TROISIÈME CATÉGORIE

OBSERVATION XXXI. — *Cancer du cœur*, par M. SÉGALAS D'ETCHEPARE.

Communiquée à l'*Académie royale de médecine (Revue médicale française et étrangère et Journal de clinique de l'Hôtel-Dieu et de la Charité de Paris, année 1825, t. IV) (1)*.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans qui, après avoir offert des symptômes de pleurésie et de péricardite, jouissait depuis une année d'une santé assez bonne quand une augmentation graduelle dans le volume de son ventre excita les inquiétudes des parents qui appelèrent en consultation trois praticiens très distingués de la capitale, MM. Lerminier, Jadelot et Fourcadelle. Ces médecins diagnostiquèrent une hydropisie péritonéale et une affection du cœur, mais sans préciser la nature de celle-ci. Néanmoins, trouvant le pouls fort, vibrant et le sujet vigoureux, ils avaient prescrit une application de sangsues pour le lendemain. Trois heures après cette consultation, l'enfant n'existait plus. Il venait de succomber tout à coup sans offrir d'autre phénomène extraordinaire qu'un affaissement subit et un râle de quelques minutes. Et cependant il n'avait point cessé jusque-là de vaquer à ses occupations d'écolier. Pendant tout le temps de la conférence, il était resté debout et chaque médecin avait pu l'explorer avec soin au stéthoscope sans qu'il parût même fatigué.

L'examen du cadavre a été fait 34 heures après la mort. Voici ce qui fut observé : le corps, placé dans une situation horizontale et légèrement incliné sur le côté droit, offrait sur les parties déclives de la face une couche abondante de mucosités écumeuses. L'abdomen était fortement distendu. L'encéphale et ses enveloppes étaient gorgés de sang, mais sans désorganisation apparente. La plèvre gauche était le siège d'un

(1) La pièce modelée en cire par M. Dupont a été déposée au cabinet de la Faculté de médecine ; elle est aujourd'hui au musée Dupuytren.

épanchement séro-sanguinolent de 10 onces au moins, la plèvre droite adhéraît dans toute son étendue au poumon correspondant.

Le péricarde étoit intimement uni au cœur ; celui-ci, d'un bon tiers plus volumineux que d'ordinaire, avoit les parois du ventricule droit entièrement désorganisées, converties en une substance lardacée. Les parois du ventricule gauche offraient dans diverses parties de leur étendue une altération semblable. La cloison interventriculaire et les oreillettes étoient restées saines. Dans l'abdomen, épanchement de sérosité citrine. Foie volumineux, rate volumineuse. Le reste étoit normal.

Voilà donc une observation intéressante qui prête à bien des considérations.

Tout d'abord l'âge du sujet a bien lieu de nous étonner. Il est bien rare qu'une affection cancéreuse s'établisse dans nos organes à un âge aussi tendre que celui de ce petit malade.

En second lieu, le cancer semble avoir ici son siège unique dans le cœur, tout au moins ne signale-t-on aucun noyau, aucune trace d'infection cancéreuse dans aucun autre organe.

Il est remarquable aussi qu'avec une désorganisation semblable du cœur l'enfant ait pu participer aux diverses exercices de ses camarades et même, dit M. Ségalas, se distinguer dans ses études. Toutefois il se fatiguait aisément, éprouvait de temps en temps quelques légers vertiges et avoit, suivant l'expression de ses parents, le « sommeil très lourd » ; il se réveillait difficilement comme si, ajoute M. Ségalas, la circulation du sang noir se faisant mal, la stase de ce sang eût rendu le cerveau moins excitable.

Comment encore expliquer cette marche rapide de la maladie accompagnée d'ascite et de ballonnement du ven-

tre sans le moindre gonflement des extrémités inférieures!

Enfin, comment comprendre la disparition des fibres musculaires et par conséquent de l'irritabilité dans tout un ventricule et dans plusieurs parties de l'autre sans qu'il y ait eu de désordres plus apparents dans les fonctions du cœur, jusqu'à ce que celui-ci, fatigué sans doute de lutter contre lui-même en quelque sorte, cessât tout à coup de battre, ne manifestant comme seul et unique symptôme de sa déchéance organique que l'arrêt brusque, irrévocable de ses mouvements et, conséquence fatale, la mort subite du sujet!

OBSERVATION XXXII. — *Cancer du cœur simulant par ses symptômes une angine de poitrine*, par MM. ANDRAL et BAYLE (*Rev. méd. franç. et étrang.*, Paris, 1824).

Un lapidaire, 37 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à sa 35^e année; alors il devint légèrement asthmatique. Un matin après son déjeuner, il fut pris d'une atroce douleur qui se faisant d'abord sentir à la région précordiale s'étendit en un quart d'heure à tout le côté gauche du thorax. En même temps, fortes palpitations du cœur, augmentation de la dyspnée, vomissements, perte momentanée de connaissance. Au bout d'une heure, la crise était passée. Pendant l'année qui suivit cet accident la gêne de la respiration augmenta et 7 ou 8 fois le malade éprouva les mêmes accidents accompagnés de douleurs lancinantes qu'il comparait à celles que produit une dent cariée.

En novembre 1821, il entre à l'hôpital de la Charité. Le marasme et la fièvre hectique minaient cet individu, dit M. Andral, sans que nous puissions découvrir aucune lésion d'organe. Pendant le cours du mois de décembre, le malade ressentit encore plusieurs fois à la région du cœur des douleurs passagères mais très vives et auxquelles il assignait toujours le même caractère. Parfois et sans souffrances, il avait de fortes palpitations dans l'intervalle desquelles il était impossible de dé-

couvrir dans le cœur par l'auscultation aucune sorte d'altération appréciable.

Au commencement de janvier, le malade succomba tout à coup sans agonie.

AUTOPSIE. — Le cadavre était d'une maigreur extrême. La paroi externe du ventricule droit du cœur était occupée par une tumeur bosselée qui, par sa forme et sa saillie considérable, semblait comme un cœur surnuméraire, s'étendant de la pointe du ventricule jusqu'à l'oreillette et même davantage. Cette tumeur avait en totalité remplacé les fibres musculaires du ventricule, elle était entièrement formée par du tissu encéphaloïde en partie ramolli. Les autres portions du cœur étaient saines. Rien à noter dans aucun autre organe.

Voici une observation qui présente le plus haut intérêt. Elle paraît avoir été prise avec tous les soins désirables, et semble nous mettre en présence d'un cas de cancer primitif du cœur. L'examen histologique n'a pu être fait à une époque où l'on n'avait pas comme aujourd'hui les ressources du microscope. Quoi qu'il en soit, la description de la tumeur, sa forme, son aspect, le ramollissement partiel dont elle était le siège, tout nous porte à croire qu'il s'agit bien là non pas d'un fibrome, ni d'un kyste, ni d'une concrétion fibrineuse, mais d'un véritable cancer qui devait faire, qui fit impitoyablement périr le malade après avoir simulé, de la façon la plus étonnante, une angine de poitrine. S'il est vrai que MM. Andral et Bayle aient examiné scrupuleusement tous les organes et qu'ils n'aient point trouvé, comme ils le disent, de production cancéreuse dans aucun autre organe, nous sommes forcé de reconnaître que nous sommes ici en présence d'un cancer primitif du cœur ayant véritablement pris naissance dans le cœur, ayant fait de cet organe son lieu d'élection.

OBSERVATION XXXIII. — *Cancer du cœur chez un enfant de 3 jours,*
par M. BILLARD (*Traité des maladies des nouveau-nés*, 1828).

Je n'ai pu trouver, dit M. Billard, que 2 cas de tumeurs chez des enfants nouveau-nés et, par une singularité frappante, j'ai trouvé le squirrhe dans un des organes où il ne se présente presque jamais chez l'adulte, je veux dire dans le tissu du cœur.

Voici l'histoire de ce fait curieux. Courtini, âgé de 3 jours, est déposé à la crèche de l'hospice des enfants trouvés, le 4 novembre 1826, et il y meurt le lendemain sans avoir été observé.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort. Les téguments de l'enfant sont violacés. On trouve une congestion passive générale du tube intestinal. Les poumons sont sains, le cœur qui a son volume ordinaire offre à sa partie antérieure et sur la ligne interventriculaire 3 saillies blanchâtres, de volume inégal, aplaties antérieurement, et très rapprochées les unes des autres. La plus volumineuse est voisine de la base du cœur. Elles sont incrustées dans l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche et de la cloison interventriculaire. Leur face profonde fait une saillie à la face interne de la cavité du cœur. Lorsqu'on les incise, elles crient sous le scalpel et offrent à la coupe des fibres étroitement entrecroisées, dont la forme et l'aspect sont absolument analogues à celles du tissu squirrheux.

S'il est vrai, comme l'a pensé M. Billard, qu'il s'agit ici d'un carcinome du cœur, on peut émettre que, rencontré chez un enfant de cet âge, le fait est assurément unique dans les Annales de la science.

OBSERVATION XXXIV. — *Insuffisance aortique causée par une végétation cancéreuse. mélanée émergeant du muscle ventriculaire gauche et perforant la valvule sigmoïde aortique*, par M. PRUDHOMME (*Gazette des hôpitaux*, 1867).

B..., dragon au 4^e régiment, très robuste, 24 ans, malade depuis 5 jours, entre à l'hôpital de Belfort le 26 mars 1863, pour un embarras gastrique fébrile. L'auscultation du cœur fait entendre un bruit sourd à la pointe et un bruit de souffle au 2^e temps près du sternum à la hauteur du mamelon.

Il existe une matité précordiale étendue. Le pouls est fort, plein, vibrant, « battant comme un bœuf ». On a donc affaire à une insuffisance aortique. Le malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire.

8 avril. — Œdème des pieds, langue saburrale, essoufflement.

10. — Indigestion, respiration accélérée, urines rouges, pouls donnant 132 pulsations à la minute.

13. — Toux, respiration soufflante, matité aux deux bases, œdème des pieds, bouffissure du visage.

14. — Œdème pulmonaire, crachats sanguinolents.

A partir du 16, orthopnée, accès d'étouffement.

17. — A 10 heures du soir, absence de pouls radial. A 11 heures du soir, le malade se lève pour aller à la garde-robe, en chemin, il s'affaisse et meurt.

AUTOPSIE. — 2 à 3 litres de sérosité dans les cavités pleurales. Poumons sains. Cœur considérablement hypertrophié. La valvule mitrale contient 2 ou 3 noyaux cartilagineux très petits. L'orifice aortique est insuffisant ; des 3 valves de la valvule sigmoïde de cet orifice, une seule, l'externe, est intacte ; sur chacune des deux autres existe une végétation en forme de chou-fleur. La valve postérieure est perforée à sa base par une tumeur émergeant du muscle ventriculaire gauche. Tous les autres organes ont été trouvés sains.

Dans l'espèce, on aurait donc affaire à un cas très intéressant de cancer primitif du cœur. Malheureusement, l'analyse histologique a fait défaut, et l'on ne saurait affirmer rien de bien certain à l'égard de cette tumeur qui fut pour le malade la cause d'une mort si prématurée.

OBSERVATION XXXV. — *Cancer du cœur trouvé chez un homme mort de pneumonie* par M. ANDRAL, interne des hôpitaux (*Bull. de la Société anatomique de Paris*, 1874).

Cette lésion n'a été constatée qu'à l'autopsie, et ne s'était révélée pendant la vie par aucun autre symptôme. Du reste l'examen du cœur aurait été très difficile, car le malade présentait au moment de son entrée à l'hôpital des râles dans toute l'étendue des deux poumons ; quelques jours après il succombait à une pneumonie.

Tous les autres organes avaient été à l'autopsie trouvés indemnes de toute localisation cancéreuse quand l'examen du cœur fit découvrir dans la paroi du ventricule droit une petite masse cancéreuse absolument limitée là.

L'examen histologique vint confirmer un diagnostic qui cette fois encore ne fut fait qu'après la mort.

OBSERVATION XXXVI. — *Cancer du ventricule droit et de l'oreillette droite avec hypertrophie du ventricule gauche et symptômes ordinaires d'anévrysme du cœur* par ANDRAL et BAYLE (*Revue méd. franç. et étrang.* Paris, 1824).

Le malade est un homme de 56 ans. Il entre à l'hôpital de la Charité en mai 1821. Il se plaint de son cœur. Les battements se transmettent avec une forte impulsion à la région précordiale ; ils sont accompagnés d'un léger bruit de lime qui est plus marqué par intervalles. Le pouls est dur et régulier. Orthopnée, anasarque ; 7 jours après son entrée, le malade succombe.

AUTOPSIE. — En mettant le cœur à découvert, nous fûmes frappés, disent MM. Andral et Bayle, des nombreuses bosselures que présentait sa face postérieure. En incisant sur ces bosselures, nous les trouvâmes formées d'un tissu très dur, gris bleuâtre et comme demi-transparent en quelques points ; ailleurs ce tissu était d'un blanc plus opaque et sillonné par des lignes rougeâtres qui en s'entrecroisant laissaient entre elles des aréoles de forme et de grandeur variables. Ce tissu occupait presque en totalité la paroi externe du ventricule droit. En un petit nombre de points seulement se voyaient encore quelques faisceaux de

fibres musculaires décolorées. Les parois de l'oreillette droite présentaient dans toute leur étendue si ce n'est dans l'appendice auriculaire la même dégénérescence. Dans l'espace surtout qui sépare l'orifice des deux veines caves, on ne voyait plus aucune trace de fibres musculaires. L'artère cardiaque rampait intacte au milieu du tissu cancéreux. Le ventricule gauche était hypertrophié et l'orifice aortique rétréci par des ossifications.

OBSERVATION XXXVII. — *Cancer du cœur*, par OLLIVIER (d'Angers)
(*Traité de la moelle épinière*).

Isidore Magny, âgée de 46 ans, entre en 1822 à l'hospice de la Salpêtrière pour une hémiplegie complète du côté droit qui existait depuis plusieurs années. Son état était resté le même jusqu'en mars 1823, lorsque tout à coup elle perdit connaissance, s'affaissa subitement et mourut avec tous les symptômes d'une violente congestion cérébrale.

A l'autopsie, les méninges n'offraient aucune altération. Le cerveau était fortement congestionné. Les ventricules cérébraux contenaient une quantité assez abondante de sérosité. En incisant la protubérance annulaire, on trouva au milieu de sa moitié gauche les traces évidentes d'un épanchement résorbé; petite cavité circonscrite, remplie de sérosité jaunâtre. Les poumons étaient gorgés d'un sang noir. Les fibres musculaires des parois du ventricule droit du cœur étaient transformées en un tissu blanc-jaunâtre, offrant tous les caractères des productions encéphaloïdes. Cette dégénérescence cancéreuse n'occupait que la moitié inférieure des parois du ventricule droit, le ventricule gauche était resté sain.

OBSERVATION XXXVIII. — *Cancer du cœur*, par KING (*Lond. med. gaz.*, 1843).

Il s'agit d'un malade qui mourut sans avoir présenté d'autre symptôme qu'un frémissement cataire léger au niveau du cœur. L'autopsie fit voir des noyaux encéphaloïdes siégeant à la base du cœur et de l'aorte.

CONCLUSIONS

I. — Aucun symptôme qui soit absolument caractéristique du cancer du cœur.

II. — Diagnostic excessivement difficile, pour ne pas dire impossible.

III. — Durée variable, mal déterminée. Marche lente, insidieuse, ou rapide. Terminaison parfois foudroyante. Pronostic toujours fatal.

IV. — Lésions anatomo-pathologiques très complexes, limitées ou diffuses.

V. — Nature du cancer variable, forme principale encéphaloïde.

VI. — Lieu d'élection le plus fréquent, cœur droit. Siège de prédilection, ventricule droit.

VII. — Constatations faites à tout âge, fréquence plus grande de 40 à 55 ans.

VIII. — Cancer primitif très rare.

Quant aux 38 observations que nous relatons, elles paraissent à peu près bien établies. Il en est encore beaucoup d'autres que nous n'avons pas citées dans notre thèse parce qu'elles étaient ou moins intéressantes ou moins probantes. Peut-être quelquefois des productions absolument différentes en réalité, comme par exemple de simples concrétions fibrineuses semblables en apparence, ont-elles été prises pour des affections cancéreuses.

Néanmoins il est certain que, vu la façon dont se comporte quelquefois le cancer du cœur, vu l'absence assez fréquente de symptômes constatés pendant la vie, sa marche si souvent insidieuse et latente, la facilité avec laquelle il revêt les allures d'un mal absolument différent, étant donnée par conséquent la difficulté du diagnostic, il est certain que bon nombre de faits intéressants passent inaperçus, que beaucoup de cœurs cancéreux dont l'affection a été méconnue ont été abandonnés sans examen sur la table d'autopsie.

Le clinicien devra se souvenir de la possibilité de cette atteinte cancéreuse, laquelle paraîtrait peut-être un peu moins rare si l'on pensait plus souvent à la rechercher soit au lit du malade, soit surtout à l'autopsie.

Vu :

Le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Souville.** — *Journal des sciences médicales de Lille*, 1890.
Bucquoy. — *Bull. et mém. de la Soc. méd.*, Paris, 1866.
Hayem (G.). — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1864.
Barthelemy. — *Bull. Soc. anat.*, 1879.
Smith (E.). — *Bull. Soc. méd. prat. de Paris*, 1840, n° 29.
Nicereau. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1868.
Campana. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1859.
Latham Ormerode. — *London med. chirurg. trans.*, t. XIII, 1847.
Cruveilhier. — *Anat. path.*, livr. 29, 1837.
— *Bull. Soc. anat.*, 1833.
Francis. — *Gaz. des hôpitaux*, 1867.
Aran (A.). — *Archives générales de médecine*, 4^e série, 1846, t. XI.
Andral et Bayle. — *Revue médicale française et étrangère*, Paris, 1824.
Prescott Hewett. — *Med. chirurg. trans.*, 2^e série, XII, 1847.
— *Archives générales de médecine*, 4^e série, 1848, t. XVI.
Féré (Ch.). — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1880.
Laennec. — *Traité de l'auscultation médiate*, t. II.
Cohn. — In *Breslau Günsburg's Ztschr.*, IV, 1853.
Paget. — *Lect. on surg. path.*, B. II.
Sims. — *Med. chirurg. trans.*, 1833.
Doleris (A.). — *Bull. Soc. anat.*, 1876.
Brunon. — *Bull. Soc. anat.*, 1884.
Forster. — *Handbuch der pathologischen Anatomie*, B. II, p. 378.
Regnault (F.). — *Bull. Soc. anat.*, 1887.
Letulle (M.). — *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1885.
Cornil. — *Bull. Soc. anat.*, 1887.
Labric. — *Bull. Soc. anat.*, 1851.
Ségalas d'Etchepare. — *Revue médicale française et étrangère et Journal de clinique de l'Hôtel-Dieu et de la Charité de Paris*, année 1825, t. IV. Observation communiquée à l'Académie royale de médecine.
Billard. — *Traité des maladies des nouveau-nés*, 1828.
Prudhomme. — *Gaz. des hôpitaux*, 1867.

Andral. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1874.

Ollivier (d'Angers). — *Traité de la moelle épinière*, 76^e observ.

King. — *Lond. med. Gaz.*, 1843.

Stokes. — *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*. Traduction de
SÉNAC, 1844.

Bayle et Cayol. — Article Cancer du *Dictionnaire des sciences médi-
cales*.

Chambers. — *Medical Revue*, 1853.

Willigk (A.). — *Revue de Prague*, 1856.

Broca. — *Traité des tumeurs*, t. I, 1866.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
